

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

INFLUÊNCIA FAMILIAR NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PACIENTE
PRÉ-OPERATÓRIO DE TROCA VALVULAR NO INSTITUTO DE
CARDIOLOGIA

Rec: 06/12/2000

KAREN DOMINGUES

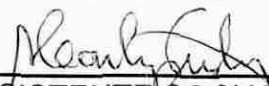

Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, para obtenção do título de
Assistente Social.

Florianópolis (SC), dezembro de 2000.

BANCA EXAMINADORA

MARLY VENZON TRISTÃO



ASSISTENTE SOCIAL

MOISES ANTONIO GERALDO



ASSISTENTE SOCIAL

LILIAN SANDIN BOEING



ASSISTENTE SOCIAL

NOTA DE BANCA: 10

FLORIANÓPOLIS (SC), 06 DE DEZEMBRO DE 2000.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p.06
1- SAÚDE E DOENÇA CORONARIANA	p.09
1.1- Instituto de Cardiologia: hospital referência em atendimento pelo SUS	p.09
1.1.1- Antecedentes Históricos	p.11
1.1.2- Objetivos Gerais do Instituto de Cardiologia.....	p.11
1.1.3- Forças que se Movem no Interior da Instituição ...	p.13
1.1.4- Planos e Programas da Instituição	p.13
1.2- Cirurgia Cardíaca – troca de válvula	p.14
1.3- Saúde e Visão Holística	p.17
1.4- Equipe de Saúde: multidisciplinaridade	p.20
1.4.1- Atuação da Equipe de Saúde.....	p.22
1.4.1.1- Atuação do Serviço Social	p.22
1.4.1.2- Atuação Realizada pela Estagiária Junto ao Supervisor de Campo	p.25
1.4.1.3- Atuação dos enfermeiros	p.28
2- INSTITUTO DE CARDIOLOGIA, FAMÍLIA E O TRATAMENTO DE SAÚDE	p.29
2.1- Equipe de Trabalho no Instituto de Cardiologia, Paciente de troca Valvular e Familiares no Pré e Pós-operatório	p.31
2.1.1- Direitos do Paciente	p.38

3- ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA	p.41
3.1- Relato dos Questionários Aplicados com a Equipe de Saúde	p.43
3.2- Relato das Entrevistas com Familiares	p.51
3.3- Relato das Entrevistas com Pacientes Pré-operatórios de Troca Valvular	p.58
3.4- Sugestão para Intervenção no Instituto de Cardiologia	p.70
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 p.72
 BIBLIOGRAFIA	 p.74
 ANEXO I – Questionário para Equipe de Saúde (Serviço Social e Enfermagem)	 p.79
ANEXO II – Entrevista com Familiares de Pacientes que Realizarão Cirurgia de Troca Valvular	p. 80
ANEXO III – Entrevista com Paciente de Troca Valvular	p.82

Gostaria de expressar minha profunda gratidão a todas as pessoas que de maneira direta ou indireta me apoiaram e incentivaram, contribuindo para a elaboração deste.

INTRODUÇÃO

No Instituto de Cardiologia (INCA), constatamos, em certa oportunidade, o papel significativo do acompanhante, se devidamente qualificado e ciente de sua importância na recuperação do paciente.

Verificamos que aqueles pacientes que tinham acompanhante constantemente correspondiam melhor ao tratamento e recuperavam-se conforme o tempo e as condições previstos. Portanto, surgia a dúvida sobre o porquê da diminuição de investimentos para o incentivo da presença de acompanhantes no INCA se estes contribuíam para a recuperação do paciente e beneficiavam o próprio hospital.

Quando chegamos na instituição para estagiar no serviço social, era permitido ao acompanhante a alimentação. Para cada unidade até cinco acompanhantes tinham esse direito. Após, esse número reduziu-se para três, e, atualmente, nenhum acompanhante recebe alimentação por parte do hospital.

Buscando a legislação que trata sobre o assunto, para os acompanhantes de criança, adolescente e de idosos há o amparo legal, ficando as faixas intermediárias sem esse benefício.

Dentre outras dificuldades apresentamos também a diferenciação de atuação profissional. Cada membro da equipe de saúde age da sua maneira sem perceber sua interferência no universo hospitalar do paciente.

Fazia-se necessário construir um estudo fundamentado nas influências que um acompanhante apresenta em relação ao paciente, além de apontar a necessidade de prática multidisciplinar integrando profissionais, pacientes e acompanhantes buscando o pronto restabelecimento do doente e de certa forma barateando os gastos que um paciente, cuja estadia prolongada no ambiente hospitalar, possa gerar.

A prática dos acompanhantes em hospitais é pouco discutida e propomos romper com tal falha e divulgar o trabalho aos profissionais visando

desmistificar a lenda de ser o principal papel do acompanhante a transmissão de infecção hospitalar.

Justificamos que o serviço social está intimamente ligado a área da saúde, e que é um parceiro da família e do paciente contribuindo na garantia de seus direitos.

O trabalho foi dividido em três capítulos. O primeiro trata a saúde e doença coronariana, passando pelo Instituto de Cardiologia, situando-o e descrevendo-o, de maneira a entender com maior precisão a sua lógica.

Os pacientes selecionados para enfoque foram os pré-operatórios de troca de válvula. Nestes casos a doença evolui de forma lenta e de maneira a privar o paciente a sua qualidade de vida. Geralmente há necessidade de indicação cirúrgica e de acompanhamento médico regular.

Desenvolvemos a visão holística de saúde principalmente a partir do conceito descrito por Capra, que ressalta a interação entre aspectos ecobiopsicossociais na contribuição da recuperação dos pacientes. Engloba a família e a equipe de saúde como contribuintes no processo de hospitalização.

Discutimos também o trabalho multidisciplinar, visto que os profissionais do INCA desempenham suas atribuições separadamente, sem que configure considerável troca de informações.

No segundo capítulo, intitulado de Instituto de Cardiologia, Família e o Tratamento de Saúde, concentramo-nos em retratar as dificuldades enfrentadas pelas famílias dos pacientes frente ao processo de internação. *Seguimos articulando informações sobre os pacientes em pré e pós-operatório* ressaltando os seus direitos como pacientes num nosocômio.

Permeia a descoberta da doença, os sintomas, o diagnóstico, a aceitação, o tratamento medicamentoso, as consultas ambulatoriais e a necessidade de internação. Há uma transição entre hospitalização – cirurgia (pré e pós – operatório) – alta hospitalar. No pós-hospital, quando já em casa, em seu grupo familiar, o paciente retorna ao hospital para as consultas ambulatoriais e continua com um tratamento medicamentoso, justificando o processo cíclico e o conceito de realidade que demonstra a oscilação entre o

equilíbrio e desequilíbrio. Com isso, a realidade é o presente já que participamos de um processo de fluxo e mudanças.

Neste capítulo, tentamos articular as influências familiares no período de tratamento do paciente no INCA.

O terceiro e último capítulo enfatiza a análise de dados da pesquisa realizada no INCA, com os pacientes, com os familiares e com a equipe de saúde.

Pretendemos discutir as informações obtidas para analisar a influência do acompanhante, visto considerarmos sua importância e verificarmos o descaso frente as suas atribuições.

Realizamos entrevistas com os pacientes e com os seus familiares. Buscamos entender o processo de hospitalização, de separação da família, da aceitação das rotinas hospitalares, das dificuldades apresentadas para o acompanhamento, do sentimento dos pacientes e familiares com a situação que enfrentam, entre outros subsídios que denotam a possibilidade de favorecimento do acompanhamento hospitalar, com a finalidade de repensar o que realmente é necessário difundir para contribuição dos familiares na recuperação dos pacientes.

Para a equipe de saúde foram entregues questionários, tentando abordar os critérios para liberação do acompanhante, os papéis do acompanhante e ressaltar o atendimento dos profissionais no INCA.

1- SAÚDE E DOENÇA CORONARIANA

As doenças cardiovasculares causam um número elevado de morbidade e mortalidade no Brasil. Nosso país apresenta como fatores de riscos principais hipertensão arterial, obesidade e diabetes.

As doenças coronarianas foram aumentando gradativamente exigindo dessa forma maior atenção e cuidados.

Estudos realizados na década de 1930, com bases em estatísticas hospitalares nas cidades do país, entendiam doenças do coração como decorrência natural de envelhecimento, sendo inevitáveis. Após 1950, começava-se a difundir conceitos que acrescentariam o estilo de vida e os fatores de risco como influências da doença do coração. No século vinte, a doença tomou dimensão tamanha que permitiu melhor atenção por parte de estudiosos.

Atualmente são considerados fatores desencadeantes da doença coronariana: o fumo, colesterol elevado, pressão alta, sedentarismo, obesidade, stress, febre reumática, alimentação. Contudo, os tipos de insuficiência são descritos de forma singular, confirmando suas características.

Houve um aumento do número de hospitais em todo o país especializados em cirurgia cardíaca. Em grande parte das cidades de médio porte, funcionam centros de atendimento de qualidade. Em Santa Catarina temos o Instituto de Cardiologia (INCA) como nosocômio referência no atendimento cardíaco pelo Sistema Único de Saúde.

1.1- Instituto de Cardiologia: hospital referência em atendimento cardíaco pelo SUS

O Instituto de Cardiologia está situado no bairro Praia Comprida, cidade de São José, em Santa Catarina. Funciona na mesma estrutura física do Hospital Regional de São José Doutor Homero de Miranda Gomes, tendo como endereço rua Adolfo Donato Gomes da Silva, s/n.

Criado pela lei n. 3.555 de novembro de 1964, foi integrado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina pela lei n. 4.547 de 31 de dezembro de 1970.

O INCA é um hospital público de referência no Estado atendendo a pacientes cardiopatas. Foi inaugurado em 17 de abril de 1963, pelo então governador Celso Ramos.

É mantido por dotações orçamentárias atribuídas pela Secretaria de Estado da Saúde, auxílio e subvenções que venham a ser conferidas pelo Estado, União ou entidades de direito público ou privado, por receita própria, decorrente de serviços prestados a terceiros, por donativos particulares realizados para aplicação específica, ou importância resultante de atos em renda não prevista nas situações anteriores.

Os usuários são em sua grande maioria atendidos pelo SUS, porém o hospital atende a convênios e particular.

O INCA tem por missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e orientar a população em geral, utilizando recursos humanos e tecnológicos desenvolvidos, através de ações curativas, preventivas e de reabilitação, que integrem atividades de pesquisa e ensino.

Visa consolidar-se como centro de referência estadual na área assistencial, de ensino e pesquisa, oferecendo à comunidade um alto padrão de atendimento em termos de diagnóstico e terapêutica cardiovascular.

Conta com 71 leitos de enfermaria, 12 de unidade coronária (UTI) ativados, e também de serviço de cirurgia cardíaca, hemodinâmica, medicina nuclear, ambulatório e farmácia.

A equipe de trabalho comporta 357 funcionários divididos entre cargos de agentes de atividades de saúde, técnicos de atividade de saúde, agentes de serviços gerais, médicos, técnicos em atividades administrativas, enfermagem, motoristas, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, artífices para a manutenção, estagiários de serviço social, enfermagem, educação física.

O INCA é uma instituição de caráter preventivo e curativo na prestação direta de serviços de saúde, prestando assessoria e orientação.

1.1.1- Antecedentes Históricos

O Instituto de Cardiologia foi inaugurado faz 37 anos e contava apenas com o serviço de ambulatório. O secretário da saúde era Dr. Fernando Osvaldo de Oliveira e o diretor geral Dr. Isaac Lobato Filho, com sede alugada sito à rua Felipe Schmidt.

No Estado de Santa Catarina não havia um hospital para pacientes cardíacos que suportasse a demanda, que crescia gradativamente. Os funcionários foram os principais influentes em busca de uma estrutura própria para o INCA.

Posteriormente, foi transferido para o Hospital Governador Celso Ramos, onde passou a contar com leitos para internação, ficando o ambulatório instalado no prédio do HEMOSC.

A partir de 30 de novembro de 1987, passou a funcionar junto ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, sob a direção de Dr. Jauro Collaço. De 1991 a 1993 a direção geral ficou a cargo do Dr. Théo Fernando Bub, de 1993 a 1995 assumiu o Dr. Antônio Silveira Sbissa e de 1995 a 1999 o diretor geral foi Dr. Jamil Cherem Schneider.

Atualmente, mais uma vez, é diretor o Dr. Antônio Silveira Sbissa.

Em 1987, o INCA contava com sua primeira Assistente Social, Márcia Ferreira Sell. No momento, trabalham quatro assistentes sociais.

1.1.2- Objetivos Gerais do Instituto de Cardiologia

Conforme o artigo primeiro do regimento interno do INCA, seguem-se os objetivos:

1- organizar e operar o serviço de cardiologia, objetivando colaboração com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, na prestação de assistência à população catarinense,

2- colaborar com os órgãos técnicos da SES (Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina) na solução dos problemas médico-hospitalares, relacionados com a atividade de cardiologia,

3- realizar pesquisas, inquéritos e estudos necessários ao desenvolvimento de sua especialidade,

4- colaborar com os órgãos técnicos da SES na especialização, treinamento e aperfeiçoamento de pessoal técnico.

Os objetivos são constatados nos tratamentos clínicos, cirúrgicos, ambulatorial, hemodinâmico, com realização de exames.

As cirurgias cardíacas feitas no hospital referem-se a ventriculectomia, revascularização do miocárdio, troca de válvula, implante de marcapasso, correção de CIA, correção de CIV. Em relação a hemodinâmica, ficam sob suas responsabilidades os exames de cateterismo, as angioplastias, valvuloplastias e implantes de marcapassos. Uma das metas para o início do ano 2000 era a realização de transplante cardíaco, porém não foi atingida por falta de verba e espaço físico.

Embora a demanda seja elevada, o serviço prestado pela maioria dos profissionais é de qualidade, sempre buscando um aperfeiçoamento profissional que é avaliado através de questionário e trabalhos de grupos.

De acordo com o artigo terceiro do regimento do INCA, para execução de suas finalidades o Instituto de Cardiologia tem a seguinte estrutura organizacional:

- Diretor geral
- Gerente técnico
- Gerente do corpo clínico
- Gerente administrativo e financeiro
- Gerente do corpo de enfermagem
- Assessor de direção
- Assessor da gerência administrativa financeira.

O serviço social inclui-se, em escala hierárquica, articulado ao trabalho da gerência técnica e a enfermagem ao gerente do corpo de enfermagem.

O principal programa do INCA é a criação de uma nova sede, exclusiva à instituição, priorizando o bom atendimento.

Os pacientes são encaminhados pela SES, Municípios, hospital, ou seja, das mais diversas formas, visto ser considerado o único nosocômio especializado no tratamento cirúrgico cardíaco do Estado que atende pelo Sistema Único de Saúde.

Os profissionais do INCA fazem visitas domiciliares (as visitas domiciliares vem sendo eliminadas por falta de transporte), pesquisas laboratoriais, entrevistas, investigam as necessidades da população, auxiliando com dados estatísticos da taxa de infecção hospitalar, mortalidade hospitalar e alta hospitalar.

Quando a programação não se cumpre, as cirurgias cardíacas não são realizadas desencadeando assim fatores como óbito até mesmo aqueles pacientes que estão esperando a internação, pois a emergência fica superlotada em virtude do aumento da demanda. Isso tem levado a equipe de trabalho ao esgotamento.

1.1.3- Forças que se Movem no Interior da Instituição

No INCA existe a associação de funcionários, sindicato dos profissionais de nível médio, sindicato dos profissionais de nível superior, sindicato dos médicos, associação de servidores, federação dos trabalhadores na saúde.

1.1.4- Planos e Programas da Instituição

- fazer transplante cardíaco
- possuir sede própria
- programa de atendimento domiciliar ao paciente com miocardiopatia dilatada.

Existe um comitê de qualidade total e o grupo de pesquisa na área da saúde (comissão de ética).

O grupo de pesquisa tem como componentes: padre, assistente social, médico cirurgião, escriturária, técnico de enfermagem, enfermeiro, sendo sua principal função decidir a ética de pesquisa na instituição. Para a realização da pesquisa que será apresentada neste trabalho, a equipe de comissão de ética aprovou o projeto consentindo as entrevistas e questionários.

Verificam-se também organismos nacionais e internacionais. São eles: pesquisadores, empresas de equipamentos médicos, indústria farmacêutica.

O INCA é dependente da Secretaria de Estado da Saúde na compra de medicamentos, equipamento e contratação de pessoal, repercutindo em falta de recursos e falta de determinantes importantes ao tratamento do paciente como: aparelhos para exames, recursos humanos, medicação...

Para criação de sede própria foi elaborado um projeto e foi feito contato com uma empresa francesa para sua construção.

Com a criação da sede própria, o INCA terá condições mais favoráveis e maior número de leitos para internação, além de melhor estrutura para realização das cirurgias cardíacas, dentre elas a troca de válvula.

1.2- Cirurgia cardíaca – troca de válvula

O coração é um músculo cardíaco e cresce conosco. Ele manda sangue para as demais partes do corpo, funcionando como uma bomba, e por vezes vai bater mais devagar ou mais rápido.

Considerado símbolo de vida, envia sangue oxigenado através das artérias para todos os órgãos do corpo humano, sendo em média de cinco a seis litros por minuto.

Possui quatro tipos de válvula – mitral, aórtica, tricúspide e do tronco pulmonar – sendo que no INCA acontecem freqüentemente as cirurgias de troca (e re-troca) de válvula mitral e aórtica..

Quando se caracteriza uma insuficiência **mitral** (IM), que vem a ser uma lesão valvular adquirida e, com exceção da lesão congênita, é resultado de mecanismo fisiopatológico de atuação direta nos componentes do aparelho valvular, determinando modificações estruturais e alterando o funcionamento da válvula.

Como sintomas mais freqüentes podemos listar fadiga, que é precoce na evolução da doença e palpitação precordial.

A maioria dos casos dá-se por endocardite reumática e a menos freqüente é a endocardite bacteriana, segundo a visão médica. Seguindo a esta causa tem-se a febre reumática, que acontece com maior regularidade.

A cirurgia é indicada aos pacientes que apresentarem limitação física importante, acompanhada por controle clínico.

Os riscos cirúrgicos são classificados por Criteria Committee apud Pieracciani et al (1988), em quatro grupos de acordo com a gravidade ocasionada das lesões:

1. Assintomáticos
2. Sintomas aos grandes esforços
3. Sintomas aos pequenos esforços
4. Sintomas em repouso.

Quando possível, uma cirurgia com substituição de válvula, deverá ser evitada. Entretanto, encontramos pacientes cujas características não permitem técnicas seguras de plastia, não restando outra opção senão a cirurgia apesar dos inconvenientes.

A insuficiência **aórtica** tem como causas usuais doença reumática, endocardite infecciosa, aterosclerose, traumatismo. No sexo masculino este tipo de insuficiência é mais comum, sendo que no sexo feminino é a insuficiência mitral.

Não se indica cirurgia aos pacientes assintomáticos. Aos pacientes com sintomas discretos ou moderados, que são aqueles que apresentam repercussões hemodinâmicas importantes, há indicação cirúrgica por menor risco e melhora clínica.

As válvulas cardíacas normais têm a função de manter o fluxo anterógrado do sangue dos átrios para os ventrículos e destes para os grandes vasos.

Crises freqüentes e prosseguidas de angina traduzem em insuficiência coronária grave.

Não há um substituto ideal de próteses, todavia a medicina tem progredido e estudado a melhor prótese e o material mais indicado. Há substituição de próteses mecânicas e biológicas.

Para as **próteses rígidas** ou mecânicas podemos listar como complicadores:

1. tromboembolismo, que além da prótese depende do tipo de medicação anticoagulante. É um risco presente em todo pós-operatório
2. degeneração da bola, podendo ser uma modificação da cor, aumento de volume ou mesmo rachaduras.
3. hemólise, sendo que se esta persistir será necessário a reinternação para nova intervenção cirúrgica.

Próteses biológicas obtêm risco de soltura dos pontos de fixação do tecido no anel aórtico, insuficiência valvular ligado a processo degenerativo, endocardite, calcificação ou perfuração, entre outros. As biopróteses são facilmente implantáveis, não apresentam ruídos, possuem boa hemodinâmica e baixa trombogenicidade.

Na válvula **tricúspide** as lesões são raras, sendo que as idéias quanto ao tratamento cirúrgico são divergentes no que refere a conduta adequada e a técnica a ser empregada. Há quem considere que o tratamento cirúrgico após correção das lesões mitrais ou mitroaórticas está associado e, de outro lado, alguns autores consideram que a insuficiência tricúspide, sem significativa deformidade, pode desaparecer após as correções mitrais.

Geralmente o grupo portador de problema na válvula tricúspide é o de mulheres jovens ou de meia idade.

Uma válvula cardíaca ideal deveria ser:

- 1- não trombogênica, pois dispensaria o uso de anticoagulante
- 2- com baixo perfil, para que o implante seja com próteses não muito grandes
- 3- ter durabilidade
- 4- não ter refluxo, fechamento depende do fluxo
- 5- não ser hemolisante, assim não destruiria as hemáceas.

No INCA, quando uma cirurgia acontece com sucesso, o paciente ao sair do centro cirúrgico permanece por dois dias na Unidade Coronária, voltando ao seu leito hospitalar por mais seis dias. Ao paciente que é pós-operatório imediato, e está no leito hospitalar nos dois ou três primeiros dias, é permitido, pela enfermagem, o acompanhamento constante de uma pessoa no hospital. Após esse período, realiza-se análise para verificar as necessidades do paciente para a permanência ou não constantemente.

A cirurgia realizada com sucesso nos leva a entender que o paciente está mais condicionado para busca do equilíbrio dinâmico necessário para obtenção da sua saúde (conforme a visão holística).

1.3- Saúde e Visão Holística

A saúde provém de uma história e é fruto de um contexto que muda, adaptando-se com as situações. Inicialmente associada ao mundo dos espíritos, em que, através de rituais e práticas curativas, um líder religioso diagnosticava a doença e realizava a cura. A arte de curar estava atribuída às divindades. Após, desenvolvidos sistemas médicos seculares, com o desenvolvimento da medicina, esta prática ficou reduzida a aconselhamento local e a atuação se deu e dá através de diagnóstico, prognóstico e tratamento, buscando separar a cura das superstições e misticismo.

Na idade média, os médicos cuidavam da parcela da população que podia pagar. Aos demais restava o atendimento de curandeiros.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde a definia “como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de distúrbios ou doenças”.(Cysne,1997,11)

No final dos anos 1960 iniciou-se uma discussão sobre a ordem da doença – se biológica ou social. Buscou-se conceituar a saúde, porém com resistência das forças conservadoras.

Em 1970 formou-se o Movimento Sanitário que pretendia questionar o conceito de saúde e as ações daquela época.

Segundo Escorel (1989) apud Cysne, foi um movimento que pretendia atender as necessidades da classe subalterna embora composto por intelectuais e profissionais da saúde.

Com a VIII Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em 1986, em Brasília, o seu conceito passou a ser

“...resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado de formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.

As condições de vida são incluídas caracterizando algum avanço.

Há culturas que valorizam os fatores sociais pelos quais passam os pacientes, outras as circunstâncias sociais ou físicas, contudo a visão holística valoriza todos os aspectos referentes ao paciente. Consideramos a saúde “... estado de bem-estar que se estabelece de uma certa maneira... envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes”. (Capra, 199-, 314). Isso porque o ser humano está em interação com seu meio ambiente físico e social, e por ele é afetado, mas pode agir sobre ele e transformá-lo. Sofremos influências ambientais, familiares e problemas emocionais vindo a desencadear desequilíbrios que nos levam a condição de doente.

Podemos falar em três níveis de saúde: o individual, o social e o ecológico. Em qualquer um dos três, temos o que Capra denomina equilíbrio dinâmico. O equilíbrio dinâmico referenda o reconhecimento de forças

curativas inerentes aos organismos vivos, a tendência inata de busca do estado de equilíbrio após uma fase de desequilíbrio.

Capra propõe que existem dois opostos. De um lado temos a intuição e de outro temos a razão. Há uma contínua oscilação entre ambos e o estado de equilíbrio dinâmico entre eles é um bom significado.

Segundo Porkert apud Capra (199-,33) a razão está associada com o lado expansivo, agressivo e exigente, e a intuição com sentido contrátil, receptivo e conservador. Todos passam pelos dois opostos.

O modelo de saúde holístico é consequência de desequilíbrio e desarmonia decorrente da falta de integração entre os componentes ecobiopsicosocial. O resultado vai depender, sobretudo, das atitudes e expectativas do paciente.

A assistência à saúde deve ser no sentido preventivo, ou seja, na manutenção da saúde, e quando agravada num sentido curativo, muitas vezes com necessidade de internação hospitalar ou mesmo de indicação cirúrgica.

A saúde individual é reconhecida pela determinação e pelo comportamento do paciente, sua alimentação e natureza do ambiente. Cada ser humano deve manter seu organismo em equilíbrio, respeitando as regras mais simples como o sono, exercícios, medicamentos. Esta responsabilidade individual é simultânea à responsabilidade social.

O desenvolvimento de uma enfermidade envolve interação entre processo físico e mental através de uma rede de laços que desencadeiam e reforçam esta enfermidade.

A responsabilidade individual acompanha a responsabilidade social. O social configura a assistência, seus programas e atividades de manter e promover condições de saúde. O ambiente social (de moradia, de trabalho e lazer), reflete na manutenção da saúde.

"Os homens devem estar em condições de viver para fazer história. Mas para viver é preciso comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais". (Iamamoto, 1997, 12).

A saúde ecológica volta-se à qualidade do ar, da água, dos alimentos, da topografia da terra.

Não podemos mais aceitar a fragmentação que ocorreu em determinada época e considerarmos apenas aspectos associados com a razão ou intuição. É problemático buscarmos relacionar doenças com causas únicas. Podem ser parte, mas, não interpretadas como explicação completa. Deve a equipe de saúde atentar-se aos aspectos relativos à doença, e, para evitar atuar de forma cartesiana, envolver-se em trabalho multidisciplinar.

1.4- Equipe De Saúde: multidisciplinaridade

No INCA podemos considerar que existe um trabalho multiprofissional. Cada profissional em sua área, com sua importância e atuação, mas que deveriam estar em interdependência. Não necessariamente por existir um trabalho multiprofissional existe um trabalho multidisciplinar. Presenciamos no hospital em alguns momentos trabalho multidisciplinar e, em outros, trabalho multiprofissional.

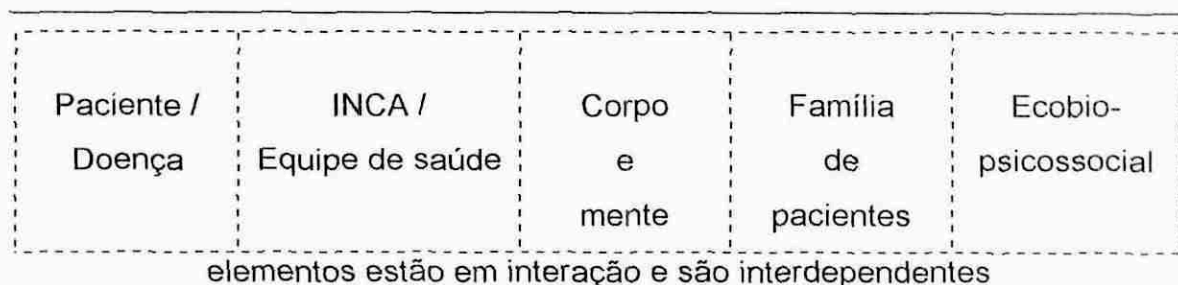
Numa equipe multidisciplinar, os profissionais compartilham de estrutura conceitual comum gerando interação entre membros da equipe, discutindo os casos e buscando contribuir com o restabelecimento do paciente. Já, no trabalho multiprofissional, cada um executa suas atribuições sem haver necessariamente uma interação entre a equipe de saúde. É o desempenho individual de sua tarefa. São métodos diferenciados e aplicados visando objetivos que permeiam a recuperação dos pacientes e/ou o cumprimento das tarefas.

Atualmente, com a saúde holística e com o novo paradigma da saúde tornando-se mais evidenciados, o papel do médico vem retratando um novo sentido, e o entendimento sobre o paciente acaba se diferenciando.

Quando se percebeu que a medicina através da tecnologia apresentava resultados almejados em problemas delicados como em uma cirurgia cardíaca, constatou-se que ela também fracassava em muitos

aspectos. Isso levou os profissionais a observarem novas direções. Estava-se articulando um tratamento mais humanístico na relação médico e paciente.

Numa abordagem humanística os elementos estão em interação. Relaciona-se a percepção de entender a mente, o corpo e o ambiente interdependentes, como mostra o esquema a seguir.



Para obtermos a abordagem humanística, houve necessidade de repensar a maneira de atendimento ao paciente que vinha sendo executada. Equipe de saúde e outros estudiosos passaram a compreender a saúde e o paciente sob novas perspectivas, ampliando os conhecimentos e gerando novas idéias.

De forma simplificada podemos apresentar dados sobre os paradigmas (velho-novo) da medicina, de acordo com Marilyn Ferguson em seu livro *Conspiração Aquariana*:

O paradigma "é uma estrutura de pensamento... Um esquema para a compreensão e explicação de certos aspectos da realidade". (1980, 26)

Uma mudança de paradigma leva a uma nova forma de pensar sobre velhos problemas, sendo que dificilmente são aceitos com facilidade. Geralmente são recebidos com hostilidade, porque temos medo de mudanças e de um aparente desconhecido. Porém, quando percebemos algo que nos era desconhecido não podemos ignorá-lo, mas sim, analisá-lo para produção de renovação.

Para Marilyn, os pressupostos do velho paradigma da medicina tratavam dos sintomas da doença, era especializado dando ênfase na

eficiência. Os profissionais eram neutros emocionalmente, entendiam as doenças como negativas, e, as intervenções básicas eram com medicamentos ou cirurgias. O corpo era entendido como máquina que necessitava de manutenção quando doente, e a doença era vista como coisa que precisava da eliminação dos sintomas. Os pacientes seriam dependentes da autoridade médica. A mente era notada como fator secundário, portanto o corpo e a mente eram separados, os males mentais eram entregues ao psiquiatra.

Os pressupostos do novo paradigma procuram padrões e causas, junto com o tratamento dos sintomas. Preocupa-se com o paciente como um todo dando ênfase aos valores humanos. O desvelo dos profissionais é componente da cura em que dor e doença são informações para desarmonias. Poucas intervenções com tecnologia são recomendadas, sendo completadas com técnicas não agressivas. O corpo é entendido como sistema dinâmico, dentro de um contexto, e a doença é vista como um processo, sendo o paciente autônomo e buscando o seu bem-estar. O profissional passa a ser um parceiro e a mente fator de igual valor em todas as doenças. A prevenção é *simultânea com a integridade, relacionamentos, objetivos*.

O novo pressuposto não consiste em estrutura estabelecida nas instituições hospitalares, porém é desta forma entendida por alguns dos profissionais que atuam no Instituto de Cardiologia.

1.4.1- Atuação da Equipe de Saúde

Como no presente trabalho abordamos a atuação do serviço social e da enfermagem, daremos ênfase às atribuições das duas equipes. Também, permearemos as atribuições durante o período de estágio no serviço social do INCA.

1.4.1.1- Atuação do Serviço Social

O serviço social foi incluído na área da saúde com a resolução do Conselho Nacional da Saúde nº38, de 04 de fevereiro de 1993, que verificou ser preciso um profissional especializado voltado às questões sociais que se refletem na saúde, atendendo à população usuária. A inserção do serviço social na saúde é justificada a partir do conceito de saúde, estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde garantindo os direitos dos cidadãos e visando a melhora e recuperação dos pacientes - direito de todos e dever do Estado (Constituição Federal de 1988).

Serviço social em todas as unidades está subordinado às divisões técnicas, de seção ou setor, conforme a unidade em que se localiza. Assim, "...inscreve-se em um campo minado por interesses sociais antagônicos, isto é, interesses de classes distintos e em luta na sociedade". (Iamamoto, 1997, 36).

O serviço social atua junto aos pacientes, envolvendo no processo os seus familiares, conscientizando-os em relação ao tratamento do paciente.

A Fundação hospitalar de Santa Catarina - atual Secretaria de Estado - aprovou em 1977, através da Coordenadoria de Serviço Social, algumas diretrizes básicas e políticas de ação aos assistentes sociais.

Como política de ação, definia o serviço social as seguintes diretrizes básicas:

- atuação na possibilidade da identificação dos problemas psicossociais dos pacientes e que interferem no tratamento médico, com a participação ativa de seus familiares
- atuação para motivar a integração e participação da equipe interprofissional no processo de reabilitação do paciente
- participação no processo de desenvolvimento da prevenção da doença a nível comunitário
- atuação no sentido de proporcionar a formação e o aperfeiçoamento do pessoal de serviço social na área hospitalar
- intensificação dos trabalhos de pesquisa e estudo no campo da saúde.

Com a definição das diretrizes básicas para a ação programática, decorria uma série de funções que implicavam no papel que competia ao serviço social hospitalar, desde a aplicação até o emprego de métodos.

O serviço social apresentava como função num hospital, possibilitar o entendimento dos problemas psicossociais que estavam prejudicando o desenvolvimento do tratamento médico e/ou que viriam a acelerar o processo de recuperação do paciente:

- 1- trabalho ao nível da prática direta, considerando o paciente em sua unidade biopsicossocial. Este trabalho engloba função preventiva e a função curativa.
- 2- execução do método ou técnicas do serviço social com grupo para tratamento, abordagem e orientação no que se refere às perspectivas dos pacientes. *Envolve trabalhos com grupos, reuniões de orientação, tratamento.*

Num hospital, atualmente, o serviço social tem as seguintes competências:

- 1- participar de pesquisas sociais
- 2- prever condições para o paciente utilizar os recursos do hospital
- 3- ajudar o paciente e a família a identificarem, alternativas de solução a situação sócio-econômica e familiar decorrente da internação
- 4- participar de programas multidisciplinares para atendimento aos pacientes
- 5- participar no desenvolvimento de programas sociais e de saúde comunitária, entre outras¹.

É na perspectiva de buscar a realidade e

"através de seu deciframento, possibilitar o desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária".(Iamamoto, 1997, 7), que o serviço social atua na instituição.

1.4.1.2- Atuação Realizada Pela Estagiária Junto ao Supervisor de Campo

A recuperação dos pacientes no tempo previsto, um acompanhamento clínico e condições para o tratamento eram princípios para atuação da estagiária, enquanto participava das atividades do serviço social do Instituto de Cardiologia.

Cabe ressaltar que, enquanto primeira estagiária do serviço social a realizar um trabalho de pesquisa no INCA, e, como primeira supervisão do assistente social Moises Antonio Geraldo, foi um grande aprendizado. Houve interesse de ambos e o estágio permitiu entender as atribuições do serviço social num ambiente complexo.

Os estágios obrigatórios basicamente possibilitaram como intervenções o desenvolvimento de coordenação de reuniões com famílias, atendimento ambulatorial, entrevistas individuais e grupais.

"É importante que o assistente social utilize, em seus locais de trabalho, a ação direta com a 'clientela' num trabalho voltado para os seus interesses..." (Vasconcelos, 1985, 12)

A reunião com família é consequência de um projeto voltado às famílias, dada a sua importância, do qual a estagiária fez parte, e visava apoio familiar ao paciente. Seus fins são preventivos e educativos.

Verificamos a recuperação dos pacientes de forma mais rápida pelo incentivo psicológico e pela redução do número de infecção hospitalar. Para isso, na coordenação das reuniões procuramos a qualificação da família para participar do processo de recuperação do paciente pré-operatório, através dos cuidados que esta família deve ter para não tornar o paciente dependente, entender as causas e consequências da doença coronariana, bem como prevenir a infecção hospitalar, informando-os sobre seus riscos.

São entendidas como grupo educativo e desenvolvem-se através de participações espontâneas. Buscamos que os membros conscientizem-se para a tomada de suas decisões. Nas reuniões o serviço social divulga e faz

¹ De acordo com o Regimento Interno do INCA.

divulgar o conhecimento adquirido, garantindo o aproveitamento dos recursos existentes. Como grupo secundário, as relações são informais e impessoais e, o método de estudos das dinâmicas é o da observação.

"O trabalho social é útil e necessário na medida em que a população possa requerê-lo e decidir fazer uso dele, ou não..." (Vasconcelos, 1985, 33).

Cada participante chega com suas dúvidas e ansiedades, que durante o transcorrer da reunião percebe ser comum a de outros participantes. Acontece então a interação e comunicação entre a totalidade grupal e a de cada indivíduo.

As reuniões acontecem uma vez por semana devido ao número elevado de pacientes internados que farão cirurgia. Contudo não conseguimos abranger toda a demanda como pensamos ser o correto.

Sendo hospital referência no estado, especializado em cirurgia cardíaca, encontramos dificuldades como usuários com poucos recursos, não tendo a participação freqüente dos membros familiares.

Durante as reuniões são solicitados alguns encaminhamentos ou orientações, os mais comuns são referentes à doação sanguínea junto ao hemocentro de Santa Catarina (HEMOSC); ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para providências sobre o auxílio doença; ou mesmo, quando constatado a necessidade de outro profissional do INCA.

Os grupos educativos são desenvolvidos com a crença de que "a força, o potencial do grupo, sua dinâmica, pode traduzir-se em força educadora". (Villaverde, 1996, 40). Assim, a dinâmica do grupo e suas técnicas tornam-se meios para educar.

Na prática grupal educativa rejeita-se a discriminação, procura-se que o grupo seja um espaço de reflexão e troca de idéias e experiências, com comunicação e ambiente físico adequados.

Constatamos que a participação neste grupo propicia não só o entendimento biológico e psicológico, que ocorre em momentos de operação de um familiar, mas também, a desmistificação de preconceitos e medos,

possibilitando conscientização do processo como um todo, podendo o parente auxiliar criticamente em futuras decisões e difundir as informações.

O **atendimento ambulatorial** é realizado com o paciente individualmente ou com familiares seguido de entrevista. Com este instrumento visamos orientar sobre as rotinas hospitalares, encaminhamento ao HEMOSC, visto que o paciente do ambulatório é pré-operatório, pós-operatório ou fará angioplastia, e, retirando possíveis dúvidas que são pertinentes ao paciente.

Este tipo de atendimento agiliza o processo cirúrgico após a internação, pois o paciente sai com as orientações e encaminhamentos cabíveis, seja para o tratamento fora domicílio ou para a concessão do auxílio-doença.

Em alguns casos o paciente sabe da necessidade de intervenção cirúrgica no momento anterior, durante o atendimento médico, sendo que apresenta conduta complexa, necessitando que melhor sejam difundidas as informações. Deve também o paciente ter oportunidade de expor suas angústias, anseios, entre outros sentimentos que ocorrem num momento tão decisivo. Por isso cuidamos para que durante o atendimento o paciente consiga sentir-se confiante em relação ao profissional para que possa dividir suas emoções, angústias e dúvidas...

Quando o paciente ou familiar procura o serviço social no ambulatório, os procedimentos mais comuns referem-se à doação de medicamentos, encaminhamentos às prefeituras ou postos de saúde das respectivas cidades. Geralmente durante estas entrevistas o serviço social presta atendimento a serviços imediatos.

As **entrevistas individuais ou grupais** acontecem com pacientes internados ou com aqueles que procuram o serviço social e com seus familiares. Isso porque para solucionarmos eficientemente um problema precisamos ter conhecimento sobre o que deve ser resolvido, e, uma compreensão suficiente tanto da pessoa com dificuldade como da situação apresentada.

É possível dividir a entrevista em certo número de componentes. Durante sua execução tais divisões de componentes não acontecem. São eles a observação, arte de ouvir, arte de perguntar, arte de conversar, liderar, interpretar.

Quando internados, as entrevistas têm por objetivo básico um levantamento sócio-econômico propondo um conhecimento próximo da realidade do paciente. Analisamos a relação familiar, fatores que desencadearam a doença do coração, preocupações e angústias, para a operação da intervenção, simultaneamente buscando recursos que poderão beneficiar o paciente. Transporte após alta, medicamentos e orientação sobre auxílio-doença são os mais pertinentes.

1.4.1.3- Atuação dos Enfermeiros

Segundo o regimento interno do INCA, deve o enfermeiro, dentre outras atribuições, receber o paciente e identificar as necessidades da enfermagem por meio de entrevistas, participando das reuniões, observações sistematizadas e elaborar por escrito plano de assistência ao paciente a ser prestado pela enfermagem nas 24 horas; promover a adaptação do paciente interno e externo ao ambiente hospitalar nas etapas de admissão e altas e aos métodos terapêuticos; que lhe são aplicados com objetivo de obter sua colaboração com o tratamento; planejar alta do paciente e dar orientações necessárias aos cuidados em sua residência, e, atualmente, está incumbido de liberar o acompanhante junto ao paciente quando constatar necessário.

2- INSTITUTO DE CARDIOLOGIA, FAMÍLIA E O TRATAMENTO DE SAÚDE

No Instituto de Cardiologia, consideramos que o acompanhante tem papel de grande importância junto a recuperação do paciente. Para esse entendimento o familiar deve conhecer o seu papel e a sua importância como acompanhante do paciente que se encontra fragilizado, em estado de desequilíbrio.

O acompanhante é geralmente alguém próximo do paciente e, ainda é objeto de uma discussão muito nova nas instituições hospitalares. A criança, o adolescente e os idosos têm o acompanhamento de um familiar garantido na lei, porém, os pacientes que não se encaixam nestas faixas não possuem garantias, tendo como direito apenas a visitação em horários pré-determinados.

As mudanças acabam exigindo da família uma mobilização rápida para administrar a crise por que passam, como consequência da situação que lhe foi imposta. Muitas famílias, em momentos de saúde precárias de um ente, acabam aprendendo e crescendo com o contexto adverso.

As famílias procuram proteger-se contra possíveis danos que possam surgir. Quando capazes de enfrentar os estados afetivos complicados, como no momento de internação, resolver os problemas com eficiência e utilizando-se dos recursos externos, lhes é possibilitado em certa vantagem manejar aspectos voltados à doença.

A família torna-se para o paciente referencial de desenvolvimento ou de limitações. Isso não modifica muito nos hospitais. A família quando acompanha o paciente em visitas periódicas ou constantemente, deixa visível a forma de comportamento protetor ou não, limitante ou de desenvolvimento afetando o processo de recuperação do paciente.

Considerando que as famílias passaram e têm passado por transformações, não existindo mais um modelo ideal de família, devemos falar de famílias. Isso devido "a diversidade de arranjos familiares existentes na

sociedade brasileira”.(Mioto,1997,120). Com essa descrição podemos nos libertar do pensamento conservador, que entendia a família a partir da própria concepção.

Levaremos em consideração também que está vinculada por especificidades históricas e culturais, demandando abordagens distintas para um atendimento adequado.

A qualidade de vida das famílias influi nas condições de cuidado e proteção, além do contexto em que estão inseridas. Quanto mais pressionadas pela situação familiar, mais desencadeiam situações que levam ao estresse. Portanto, a família deve saber conduzir as demandas internas e aquelas decorrentes do meio social.

Famíliares que participam do mercado de trabalho, que possuem poucas condições econômicas, residem em cidades distantes do local de tratamento, não conseguem obter apoio da assistência à saúde pública. Sofrem maior possibilidade de pressão interna e externa. Constatamos que a família precisa de apoio e não somente o membro acometido por algum mal.

Com a presença da doença, as famílias tendem a tristeza e a separação antecipada, dificultando o equilíbrio familiar.

Moos, (1984) apud Raia e Zerbini (1988,378), aponta três fases, em que cada uma requer força, atitude ou mudança familiar diferente.

- 1- **De crise:** é o período em que se descobre a doença, começam os sintomas antes do diagnóstico concreto. O doente e a família devem aprender a lidar com a dor, incapacitação, ambiente hospitalar e procedimentos, estabelecer relacionamento com a equipe de saúde, além de outras tarefas mais gerais;
- 2- **Crônica:** que pode ser prolongada ou curta duração. Nela predominam argumentações de morte e de doença terminal. Chamado de “a longa provação”, ou a fase de “conviver com a doença”. É um período de incertezas, compelindo a família a manter uma aparência de vida normal na presença da enfermidade;

3- **Terminal:** que também comporta o estágio pré-terminal. A inevitabilidade da morte é aparente e tem domínio no contexto familiar. Questões como separação, tristeza e retomada a vida se fazem presente.

O acompanhamento da família na forma de visitas, no INCA, ocorre durante a semana das 14h30min às 16h30min, sendo o horário na Unidade Coronária das 15h às 15h30min e das 20h30min às 21 horas.

Frank Pittman aponta alguns momentos de crise que passa a família. Segundo o autor, ocorre no momento de mudança, ou seja, uma situação nova gera outra que pode levar a sérios problemas ou ao crescimento da mesma.

Cabe destacar, dentre as quatro distinções de crise, duas que se relacionam com a doença. Elas são, a crise de cuidado na qual a família é exigida por abranger determinada tarefa e esta não consegue e a de acontecimentos inesperados, ou seja, a ocorrência súbita de um membro doente.

Em momentos difíceis, a família pode enfrentar de maneira integrada, unindo-se e fortalecendo membros e vínculos afetivos ou pode não saber enfrentar dada situação. Para que influenciem positivamente na recuperação do paciente, devem ser apoiadas e terem consciência de sua importância e função junto ao paciente num ambiente hospitalar.

2.1- Equipe de Trabalho no Instituto de Cardiologia, Paciente de Troca Valvular e Familiares no Pré e Pós-operatório

Para Ruschel, 1994, cada paciente apresenta suas próprias fantasias em relação à experiência cirúrgica, e, quaisquer que sejam estas, deve-se reconhecer a importância que poderão ter em toda evolução e recuperação do paciente.

Quanto à recuperação dos pacientes cirúrgicos e a readaptação às suas atividades, observa-se o fato da operação, o de ter sido cortado, que o

faz sentir-se, muitas vezes, um 'coitado', demonstrando fragilidade a partir dessa situação.

Compete a família e a equipe de saúde acompanhar o paciente e resgatar ou possibilitar o processo de sua autoconfiança e auto-estima, propiciando-lhe assim a possibilidade de equilíbrio que necessita no momento.

Justificamos a necessidade de acompanhamento dos profissionais junto ao paciente de maneira clara, para que o mesmo possa distinguir as atribuições dos diferentes profissionais, quando necessitar de atendimento. Na apresentação, ressaltar as atribuições e deixar o paciente familiarizado com o ambiente hospitalar devem ser atributos dos profissionais de saúde, pois permite ao paciente maior clareza sobre o local em que está inserido.

"Quanto mais e mais bem informado o indivíduo, mais valorizado será, pois pode tomar decisões mais adequadas..." (Gauderer, 1991, 11)

A saudade dos membros da família, do cotidiano, de saúde estável, do aconchego do lar, da liberdade, do convívio social que estava acostumado é constante. Essa liberdade agora é condicionada por novos aspectos: divisão de quarto hospitalar com outros pacientes; horários para alimentação e banho; restrição dos locais com acesso permitido.

Essa inserção no ambiente hospitalar confirma a idéia que a realidade é processo de fluxo e mudança, e como processo, é contínuo e as pessoas vivenciam.

Para amenizar tantas restrições, durante o tempo de permanência do paciente no hospital, verifica-se em torno deste, uma corrente de informações, seja do paciente para com o familiar, do paciente com a equipe de saúde ou do paciente junto a outro paciente. Portanto, o paciente não necessita apenas de equipamentos e medicamentos, mas também, de comunicação humana, de relacionar-se e interagir com outros em estado de igualdade ou não.

Essa comunicação não implica somente aspecto verbal. Inclui tom de voz, gestos, postura corporal entre outros. Compete aos profissionais, principalmente ao serviço social, durante as entrevistas, atentar-se para estas diversas maneiras de comunicação transmitidas pelos pacientes e familiares.

Pacientes que internam conhecendo a rotina hospitalar, conscientes do seu quadro clínico, que têm o acompanhamento familiar durante os horários de visitas tendem a aceitar com maior tranquilidade o procedimento cirúrgico e o período de internação.

A prevenção por parte do paciente e dos familiares após a cirurgia, antes que necessitem de uma nova internação, caracteriza-se por uma base de informações voltadas aos fatores de risco que podem vir a configurar-se em saúde preventiva, não mais na saúde curativa.

A saúde curativa baseia-se na indústria de medicamentos e seguros particulares que desencadeiam chances para o capital. Também o pouco conhecimento da população, as poucas reuniões que são realizadas nas comunidades, o descuido das pessoas com o próprio corpo, sedentarismo que as pessoas estão acostumadas, a forma de alimentar-se, dentre outras tantas impossibilidades de manter a saúde.

O paciente antes da internação e ao se internar num hospital, como o INCA, passa por fases, o que vem a modificar não só seu cotidiano como o de sua família, o de seu local de trabalho, o de seu lazer, o de seu convívio social.

O paciente inicialmente começa a apresentar os sintomas. Sente-os com maior frequência e intensidade, procura o auxílio médico, trata-se com remédios e percebe junto aos profissionais a necessidade de internação para a realização da cirurgia. Tudo parece fugir de seu controle e a doença aparentemente é mais poderosa que a sua vontade de recuperar-se. A tendência aparente é a angústia, o desespero, o medo, o desconforto por trazer ao grupo familiar tantos inconvenientes.

Há doenças que não costumam afetar a duração de vida como artrite e cegueira. Existe outro extremo com as enfermidades como a AIDS e o câncer, e neste meio, a estes dois extremos, situam-se as que ameaçam e podem vir a encurtar a vida como as doenças cardiovasculares. E esse processo de encurtamento é que assusta os pacientes e familiares tornando-os mais

vulneráveis, agravando o processo e aumentando a angústia com a hospitalização.

Outro fato que pode ocorrer, é o paciente sentir-se seguro por estar num ambiente com profissionais capacitados, onde suas preocupações são aliviadas ao receber notícias filtradas das pessoas que vem visitá-lo, por ter uma dieta rigorosa, levando os sintomas a diminuir.

Os sentimentos tanto positivos quanto negativos permeiam freqüentemente os pensamentos dos pacientes. Como existe a necessidade de ocorrência da intervenção cirúrgica, o paciente passa por inseguranças no pré e pós-operatório.

O tempo de permanência no hospital proporciona aos pacientes momentos de reflexão. Geralmente conversam com outros pacientes, e estes contam histórias que observaram ou mesmo que passaram, e os seus pensamentos confundem-se. Cada paciente enfrenta as situações de acordo com aquilo que ele considera mais relevante. Existem pacientes que fizeram a cirurgia e tiveram um pós-operatório satisfatório, e aqueles, cujos procedimentos apresentaram complicações. O paciente, entretanto, não deve deixar-se influenciar pelo comentário de colegas internados, o que não implica ignorar e desconsiderar, visto que esta interação é elemento do processo hospitalar.

O pré-operatório reveste-se de momentos de medo, receio, angústia, sentimentos contraditórios - ao mesmo tempo que se quer que o dia da cirurgia se aproxime, quer-se estendê-lo, quer-se a família perto mas não se quer incomodá-la, quer-se manter seu quadro clínico favorável para a intervenção cirúrgica, contudo a ansiedade devido a separação da casa, da família, do seu ambiente, de suas coisas, o medo com relação à vida em si, além de ter que assumir o papel de doente não o deixam.

No INCA, os pacientes ficam cientes de que são indicados para cirurgia um dia antes de sua realização. Isso porque os cirurgiões intervêm de segunda à sexta-feira. A primeira cirurgia é marcada para as 7h30min seguida de uma ou duas. Apenas após a última operação ocorre a decisão dos

indicados para as operações do próximo dia. Os nomes, em lista prévia, são afixados no mural de cada unidade. A esta denominamos escala cirúrgica.

Em algumas situações, o paciente está ciente sobre como será o pós-operatório. Sabe que a unidade coronária (UCO) acomoda vários leitos, que os pacientes são intubados e que após a desentubação são solicitados a tossir. Conhecem a necessidade da aparelhagem que existe em uma UCO e o porquê da disponibilidade de um profissional por leito. Contudo nem todos estão cientes de todos os detalhes.

Os critérios para elegibilidade para intervenção cirúrgica permeiam data de internação, gravidade do caso, condições físicas, disponibilidade do sangue compatível caso haja necessidade de transfusão, entre outros.

Há um desgaste emocional e o trauma do paciente é notório, pois envolve ameaça de morte, deparando-se com esta possibilidade de maneira mais fiel que uma pessoa saudável.

"A cirurgia cardíaca, além de promover violação do corpo, permite simbolicamente remexer em aspectos psicológicos que são a essência do indivíduo". (Romano, 1994, 72)

O pós-operatório reveste-se de outros sentimentos. O medo permanece, porém não igual ao medo que envolvia os procedimentos pré-cirúrgicos. Agora os receios são voltados para a limitação física, os movimentos são lentamente articulados. Há uma readaptação e esperança de uma boa e rápida recuperação, além dos cuidados para evitar-se uma infecção hospitalar.

Casos de infecção são causas de complicação no pós-operatório. As infecções hospitalares agravam o quadro clínico do paciente que fica mais debilitado. Aumenta o período de internação e conseqüentemente de recuperação. Alguns pacientes apresentam escara, uma ferida que pode infeccionar e localiza-se geralmente nas nádegas. O fato de imobilidade após a realização cirúrgica pode levar a obtenção da enfermidade, por isso indica-se um colchão piramidal com o propósito de prevenção.

A infecção hospitalar não é doença específica, é qualquer tipo de infecção contraída no hospital. Os pacientes com maior risco de contrair infecção hospitalar são aqueles com doenças muito graves, os que estão intubados, com sondas ou cateteres e aqueles com comprometimento imunológico.

Pacientes em pós-operatório imediato ficam acomodados na Unidade Coronária por dois dias, quando com boa evolução clínica. Passados os dois dias, são alojados em leito hospitalar, geralmente na Unidade B, e permite-se um acompanhamento da família nos dois ou três primeiros dias de leito. Esses acompanhantes em sua grande maioria são familiares.

No pós-operatório o paciente se apóia na disponibilidade de recursos tecnológicos, humanos e materiais, que são aplicados com os conhecimentos adequados. Os pacientes devem ser incentivados neste período visto o fato de já terem passado por maior dificuldade desde o diagnóstico da doença.

As doenças cardiovasculares diminuem a capacidade corporal, ou seja, o desempenho ou a capacidade de realizar esforços motores, sensoriais e cognitivos.

Os pacientes devem, após a cirurgia, evitar levantar peso, dirigir, ser aconselhado sobre dieta, saber da necessidade e importância da carta cirúrgica, conhecer a importância de reduzir a ansiedade para ajudar no controle da angina, verbalizar suas preocupações, avisar os sintomas ao médico, conhecer os principais fatores de risco de uma doença coronariana, começar as atividades no hospital gradativamente, adaptar o seu estilo de vida à doença, buscar o equilíbrio entre os sistemas ecobiopsicossocial que o cercam e dele são integrados.

Os pacientes tendem a um período de hospitalização no pós-operatório de oito dias sendo dois na UCO e seis no quarto.

Com a alta do paciente este retorna para casa e deve novamente a família reorganizar-se para receber o membro no grupo familiar. Este deverá ter um acompanhamento contínuo com um cardiologista de sua confiança para estabelecimento do tratamento adequado.

Alguns pacientes têm acompanhantes nas consultas, e a família percorre as etapas descritas no trabalho junto do paciente. Os pacientes que não são acompanhados apresentam esta preocupação, ou seja, como revelar para as famílias a situação inesperada.

A insegurança acompanha por algum tempo a vida do paciente com insuficiência valvular. Sentem-na por conta do desconhecido, das invariáveis que uma cirurgia de troca valvular possa ocasionar. Um problema valvular exige cuidado contínuo, por parte do paciente, ao longo de sua existência.

Costumamos observar acontecimentos no INCA e denominamos de "fases". Isso porque ocorrem períodos em que as cirurgias são consideradas um sucesso, a maioria dos pacientes tem uma boa recuperação, poucos são os índices de infecção hospitalar, mínimas são as constatações de morte. Inesperadamente acontece um caso que apresenta complicação e inicia-se novo ciclo. Parece que as causas e conseqüências fogem do domínio dos envolvidos e as situações acabam desenrolando fins indesejados. Pacientes que demoram em sua recuperação, ficam além do previsto na UCO, aumentam o índice de infecção hospitalar e o número de mortes, desencadeando prejuízos aos demais pacientes internos. É a natureza das coisas, o curso entre doença e saúde, dois pólos que coexistem em ambiente hospitalar.

Esse processo cíclico desencadeia a mudança de quadro clínico naturalmente. É o processo de biofeedback, onde a natureza da doença subentende as possibilidades de equilíbrio ou desequilíbrio. O processo de biofeedback permite ao paciente pensar o que lhe aconteceu e analisar os pontos positivos ou negativos.

Os pacientes no hospital fazem uso de uma grande arma: a observação, e dela fazem uso de maneira positiva ou negativa para sua recuperação.

Quando os pacientes constatarem que outro paciente, companheiros de um espaço comum, passa pelas dificuldades acima citadas, estes tendem a uma recaída. Há probabilidade de aumento da angústia, de debilidade física,

ansiedade, conseqüentemente alteração da pressão sanguínea, batimentos cardíacos e um curso ruim com debilidade na recuperação.

As atitudes e os processos mentais acabam desempenhando papel relevante no desenvolvimento da doença e no processo de cura, como conseqüência de sua influência psicológica.

Nestes momentos, compete aos profissionais e familiares encorajar o paciente a desenvolver sua alta confiança, apontar aos pacientes exemplos de cirurgias que obtiveram sucesso, garantir os seus direitos propiciando maior confiabilidade em si e nos profissionais e familiares que o cercam.

2.1.1- Direitos do paciente

Segundo a Comissão de Credenciamento de Organizações hospitalares, apud Gauderer (1985, 202-203), o paciente hospitalizado possui os seguintes direitos:

- 1- de receber um atendimento atencioso e respeitoso
- 2- à dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir a presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado)
- 3- a sigilo ou segredo médico
- 4- de conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento
- 5- à informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico
- 6- de comunicar-se com pessoas fora do hospital e de ter, quando necessário, um tradutor
- 7- de recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências médicas dessa opção
- 8- de ser informado de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de se recusar a participar do mesmo
- 9- de receber uma explicação completa referente a sua conta hospitalar

- 10-de reclamar (e a reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento)
- 11-de recusar a realização de exames desnecessários
- 12-de ter acesso a uma segunda e/ou terceira avaliação
- 13-de escolher o médico e/ou especialista dentro do ambiente hospitalar
- 14-de questionar a medicação prescrita
- 15-de ter acesso à ficha médica.

Analisando os direitos do paciente, percebemos que em momento algum foi citado sobre a participação da família como garantia legal. Isso vem evidenciar a dificuldade de inclusão dos familiares no acesso ao hospital.

Segundo Cartilha dos Direitos do Paciente elaborada pela Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina – Comissão dos Direitos Humanos e Defesa do Consumidor, integra-se aos direitos já citados:

- 1- identificação pelo nome e sobrenome
- 2- consultas marcadas, antecipadamente, de forma que o tempo de espera não ultrapasse a trinta minutos
- 3- exigir que todo o material utilizado seja rigorosamente esterilizado, descartável e manipulado segundo normas de higiene e prevenção
- 4- receber medicamentos básicos, e também medicamentos e equipamentos de alto custo, que mantenham a vida e a saúde
- 5- receber os medicamentos acompanhados de bula impressa de forma compreensível e clara, contendo data de fabricação e validade
- 6- receber receitas com o nome genérico do medicamento, com letra legível, com assinatura e carimbo contendo o número do registro do respectivo conselho profissional
- 7- conhecer a procedência e verificar antes de receber sangue ou hemoderivados para transfusão
- 8- não sofrer discriminação por ser portador de qualquer tipo de patologia
- 9- segurança e integridade física nos estabelecimentos de saúde

- 10-manter privacidade para satisfazer necessidades fisiológicas, inclusive alimentação adequada e higiênica, quer no leito ou quando aguarda atendimento
- 11-ter acompanhante nas consultas como nas internações, ser visitado em horários compatíveis não comprometendo as atividades dos profissionais
- 12-à indenização pecuniária em caso de complicação em condições de saúde motivadas por imprudência, negligência ou imperícia dos profissionais
- 13-assistência adequada, mesmo em períodos festivos, feriados ou durante greves
- 14-a órgão jurídico de direito específico da saúde, sem ônus e de fácil acesso.

Para que a equipe de saúde entenda o paciente como portador de direitos e de forma humanizada, deve o profissional da saúde procurar atendê-lo como pessoa e não como número ou membro do sistema. Seus sentimentos, sua angústia e sua indefinição diante do caso devem ser considerados. Isso porque ao chegar, o paciente traz consigo uma carga emocional muito grande, pois está preocupado com a doença, e, começa a se preocupar também com o ambiente em que está sendo inserido.

3- ANÁLISE DE DADOS DA PESQUISA

Após o conhecimento da literatura existente e reflexão sobre a realidade do campo de estágio, compomos o presente trabalho sobre a perspectiva de pesquisa qualitativa. Esta pesquisa parte de argumentações de interesses amplos, que se define à medida que o estudo vai se desenvolvendo, envolvem obtenção de dados descritivos com contato direto do pesquisador, procurando compreender os fenômenos segundo as perspectivas dos participantes que estão em estudo.

A pesquisa qualitativa apresenta como características básicas:

- Ter o ambiente natural para fonte direta de dados e ter o pesquisador como mediador
- Ser descritiva
- O significado dado pelos entrevistados às coisas e à vida são as preocupações essenciais do pesquisador
- Utilizar enfoque indutivo na análise dos dados
- Preocupação com o processo e não simplesmente com os resultados.

O procedimento metodológico neste estudo se dará pelas entrevistas e questionários aplicados, além da observação participante ocorrida durante as fases de estágio.

A entrevista pode ser definida como técnica na qual o entrevistador investiga o entrevistado através de perguntas.

É um diálogo em que uma das partes busca dados e a outra representa a fonte de informação. É uma das técnicas mais utilizadas pelo serviço social nas suas intervenções, e podem, inclusive, acontecer dentro de uma conversação informal.

Realizamos entrevista semi-estruturada. Segundo Thiollent (1980,35), este tipo de entrevista é aplicado a partir de um pequeno número de perguntas abertas.

Contém quatro componentes, segundo Haguette (1992): o entrevistador, o entrevistado, a situação em que acontece a entrevista e o instrumento para obtenção dos dados (roteiro).

A entrevista possui como objetivos:

- Obter informações - dados que interessam à investigação, uma forma de interação social
- Compreender os contextos e os sujeitos
- Verificar sentimentos e anseios
- Descobrir planos de ação
- Capacitar tomada de decisão
- Identificar indicadores que possam influenciar opiniões, condutas.

"Dependendo da situação..., alguns dados (da entrevista) se tornarão de extrema importância no processo de trabalho do serviço social". (Veloso, 1995, 36).

O questionário é uma técnica de investigação constituída de perguntas apresentadas, por escrito, às pessoas que se pretende pesquisar. Possibilita de forma rápida o conhecimento de opiniões, interesses, entre outros dados.

Junto aos questionários estava um texto explicativo sobre as perguntas.

O instrumento de observação participante consiste no envolvimento do pesquisador com o grupo. Com esse método, o assistente social pode coletar dados para o estudo e com eles chegar a uma conclusão. O observador fica próximo tanto quanto um membro do grupo que estuda.

As entrevistas foram realizadas nos primeiros quinze dias do mês de setembro de 2000 com os pacientes e familiares, sendo o questionário entregue só à equipe de saúde.

Os contatos junto aos pacientes aconteceram no leito hospitalar, e, no que se referem ao familiar, foram nas salas de prescrição das unidades. Já com os profissionais da equipe de saúde, explicamos a proposta da pesquisa e entregamos os questionários em seus setores de trabalho.

A categoria de análise proposta engloba o pensamento sistêmico. De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo são propriedades de um todo, e assim sendo nenhuma das partes o possui de maneira única. Surgem das interações entre as partes.

Logo, constatamos a importância da família, dos profissionais da equipe de saúde, do paciente, entre os diversos fatores que compõem o subsistema que visa a recuperação do paciente. Nenhum é mais importante ou menos do que o outro, são complementares.

Uma das atribuições dos médicos no INCA é atender casos de cirurgia cardíaca. Selecionamos os pacientes que realizarão troca (ou retroca) de válvula devido a sutileza da doença.

Quando uma válvula apresenta problema, deve o paciente ser acompanhado ainda em estágios iniciais da doença. A sintomatologia aumenta gradativamente e o paciente deve aprender a conviver com novo estilo de vida, conseqüentemente a família também.

Observamos, durante período de estágio, que a maioria dos pacientes tem necessidade de um ente familiar acompanhando-o no hospital, muitas vezes o acesso era dificultado. Seja por problema interno da família ou por proibição da equipe. Nos propomos a levantar esta questão visto considerarmos de suma importância e constatarmos a necessidade de discuti-la.

Analisaremos como pode o acompanhante influenciar na recuperação do paciente, apontando pensamentos da família, do paciente e da equipe de saúde.

3.1- Relato dos Questionários Realizados com a Equipe de Saúde

Os questionários foram recebidos pelos profissionais nos setores de trabalho e não houve rejeição.

Não recebemos de volta todos os questionários entregues e não conseguimos abranger todos os profissionais dos setores que atuam

diretamente com os familiares, porém obtivemos êxito com aqueles que retornaram.

Enfermeiros das unidades A, B e C e, também, assistentes sociais participaram respondendo ao questionário.²

A equipe de trabalho, em sua grande maioria, considera a visita do familiar ao paciente fundamental ao tratamento, pois é a partir dela que se consegue um maior estímulo àquele que quando entra no ambiente hospitalar encontra nova dinâmica à vida, uma vez que se internou numa instituição muito complexa. Além disso, as visitas feitas pelos familiares vão evidenciar os laços que unem a família. Também há a questão dos direitos do paciente, e aí está incluído o de receber ou não visitas, pois há pacientes que não querem recebê-las e isso é respeitado pela equipe.

Acho necessário... "A família deve e tem o direito de participar do processo de tratamento e responsabilidade quanto à recuperação e manutenção da saúde".
(enfermeira 1 da unidade)

"...a família é importante para êxito do tratamento do paciente; sem ela o paciente se desestimula". (enfermeira 2 da unidade)

"Quando existem laços familiares intensos e um bom entendimento entre todos sou favorável. Porém, temos as exceções que seria quando o paciente não quer tal visita, então, respeita-se sua vontade". (enfermeira 3 da unidade)

A visita periódica é "essencial, pois a mesma traz ao paciente benefício tanto em relação ao pré-operatório quanto ao pós-operatório. É um apoio emocional e afetivo, pois muitos pacientes permanecem internados um longo período."
(assistente social 1 do INCA)

² Na transcrição das entrevistas e questionários optamos por excluir as redundâncias da fala além de gírias e outros fenômenos lingüísticos.

É necessária “porque muitos pacientes sentem-se abandonados e deslocados no ambiente hospitalar.” (assistente social 2 do INCA)

Em relação ao trabalho realizado a equipe justifica a necessidade de um trabalho multidisciplinar, voltado à garantia de direitos da família e dos pacientes.

Informar, orientar e encaminhar são citados como atuação profissional, porém, a equipe de saúde deve atentar-se na execução de projetos que segundo descrevem já foram realizados. A atuação profissional abordava reuniões com pacientes, com familiares e entre a equipe. Atualmente o único grupo desenvolvido é de reuniões com famílias, apontando para dificuldade de multidisciplinaridade.

“ Uma das condições do exercício democrático (da profissão), é captar os reais interesses e necessidades das classes (...), e devolver claramente às massas o que delas recebeu confusamente”. (Iamamoto, 1997, 55).

O trabalho “poderia ser melhor... Há necessidade de trabalho integrado”.
(enfermeira 1 da unidade)

“Existia um grupo em que a família era orientada acerca da patologia do paciente. Hoje a família é orientada quando necessário individualmente.”
(enfermeira 2 da unidade)

“Enfermeiros do INCA fazem orientação individualizada quanto ao atendimento e aos procedimentos, tentamos a medida do possível envolver a família.

Houve momentos que a enfermagem juntamente com o serviço social, psicologia, nutricionista realizavam grupos de pré e pós-operatório imediato e mediato, também para alta hospitalar”. (enfermeira 3 da unidade)

“Serviço social possui um projeto de reunião com os familiares para orientação das rotinas e em relação ao tratamento do paciente e o contato direto do

profissional ao familiar quando se faz necessário". (assistente social 1 do INCA)

A atuação profissional junto aos familiares dá-se por "orientação quando se percebe a angústia da família, ou quando solicitada especificamente". (enfermeira 2 da unidade)

"Tento deixar a família próxima do paciente e informado sobre as condições gerais deste. Muitos familiares não têm condições de conversar com o médico e (...) *oriento sempre que solicitam ou quando constato necessidade*". (enfermeira 3 da unidade)

"A atuação profissional deve ser de parceria com os familiares, pois os mesmos auxiliam o tratamento no ambiente hospitalar e nas suas residências(...)

Para a atuação do serviço social é essencial o contato com a família, pois a mesma nos traz subsídios para o atendimento dos pacientes". (assistente social 1 do INCA)

A liberação de acompanhante permanente no INCA apresenta critérios diferenciados e variam de acordo com a equipe atuante. Alguns profissionais têm consciência no que se refere aos critérios que orientam os direitos dos pacientes, e outros apontam desconhecimento sobre a importância da presença de acompanhantes. Mas, a equipe deve priorizar um acordo comum e fazer cumpri-lo.

Os critérios não são muito claros, porém sabemos que dependendo da gravidade da doença, ser paciente criança ou adolescente, ser paciente com problemas físicos ou de ordem psíquica, ser idoso probabiliza maiores chances de ter pelos profissionais a liberação de acompanhantes.

"No momento não temos critérios". (enfermeira 1 da unidade)

"O acompanhante permanente muitas vezes não é critério para todo o grupo de enfermeiros. Porém critérios para permanecer com o paciente são: paciente acamado, dependente ou semidependente em que a permanência da família irá ajudara se restabelecer". (enfermeira 2 da unidade)

"Existem critérios para liberar o acompanhamento, seriam eles: autorização por dois dias no máximo do acompanhante junto ao paciente submetido a cirurgia cardíaca. A partir dos dois dias é liberado o acompanhante, sendo reavaliado pelo enfermeiro.

A autorização de acompanhante é indeterminada, ou seja, durante toda a internação pela gravidade da patologia, problemas físicos, problemas de ordem psíquica, crianças, idosos conforme avaliação e adolescentes". (enfermeira 3 da unidade)

"Os critérios são ditados pela enfermagem, mas, em muitos casos, o serviço social atua como mediador ". (assistente social 2 do INCA)

Os pontos positivos sobre ter-se acompanhante no INCA relacionam-se ao apoio, auxílio, segurança. Os negativos permeiam a dificuldade de atender emergências, criar vínculos íntimos com a equipe e o não cumprimento das normas do INCA para esses acompanhantes. Nesse item, não nos compete o policiamento, mas orientar a família para alcançarmos êxito.

Os pontos positivos poderiam ser acrescidos e os negativos amenizados se os profissionais qualificassem os familiares, ressaltando sua importância e alertando aos riscos existentes num ambiente hospitalar, principalmente sobre as infecções hospitalares, suas causas e prevenção.

Quanto ao aspecto de vínculos de intimidade com a equipe justifica-se pelo momento em que passam. Se a intimidade relaciona-se sobre dados em relação a quadro clínico ou informações profissionais referentes ao paciente, não significa tornarem-se íntimos, mas participantes. Compete ao profissional

de saúde verificar se há ou não abuso do acompanhante, e, se constatado, agir com sutileza para mostrar ao familiar seu limite.

"Apoio psicológico ao paciente, melhor integração entre família / paciente / equipe. Negativos: aumento do número de infecção hospitalar, tratamento prolongado, pois o paciente se ajuda pouco, custos aumentados e dificuldades de atender intercorrências". (enfermeira 1 da unidade)

"Positivos são acompanhar tratamento do início ao fim, participar do processo de decisão sobre o quadro do paciente e, negativos alguns acompanhantes acabam ficando abusados com relação à equipe, leva e traz de informações, trazem muito objeto de casa, acompanhante não separa o seu papel, logo, torna-se ou quer tornar-se íntimo da equipe". (enfermeira 2 da unidade)

"Pontos positivos são apoio emocional, segurança, auxílio, carinho, afeto, informação... e, pontos negativos: dependência da família, às vezes longa permanência na instituição, mesmo alguns familiares estando cientes de toda a norma e rotina, burlam estas..."

Obs: Pontos negativos poderiam ser amenizados se houvesse pessoal capacitado para dar todo o tipo de orientação e informação necessária. E, se a instituição houvesse estrutura para comportar a família". (enfermeira 3 da unidade)

Pensamos que o INCA possui o pessoal capacitado, mas que não trabalha com multidisciplinaridade, ocasionando os pontos negativos apresentados pela equipe de saúde.

"Quando o acompanhante é bem orientado em relação a rotina hospitalar, infecção e tratamento do paciente, só vejo pontos positivos". (assistente social 1do INCA)

"Como pontos positivos carinho, atenção, ajuda e companhia. Como pontos negativos algumas famílias exageram quanto a situação do paciente e prejudicam no tratamento, tratando o paciente como dependente e em fase terminal". (assistente social 2 do INCA)

A equipe de saúde justifica a necessidade da família haja vista o seu direito de participação, até porque depois da alta hospitalar a família acompanhará constantemente e deverá ajudar na manutenção da saúde do paciente.

Costumamos, durante as reuniões com as famílias, destacar algumas atribuições do acompanhante que se referem ao banho, aos cuidados para prevenção da infecção hospitalar, de alimentação adequada, evitar sedentarismo, estímulos que contribuem para evolução do processo de recuperação do paciente.

Com relação ao banho, a grande maioria dos pacientes recorre aos familiares, pois sentem receio que um profissional o faça. Destacamos os cuidados antes e após o banho visando progresso no pós-operatório.

Em se tratando de prevenção à infecção hospitalar é notório lembrar que cada objeto deve ser usado ao fim que destina. A cama deve servir apenas ao paciente e a escada serve para acomodar o paciente quando este quiser subir na cama ou apoiar o pé quando estiver sentado.

A dieta hospitalar não terá resultado se os familiares trouxerem alimentos indevidos ao que dispõe a prescrição médica. Também em casa, após a alta, se a família apresentar na mesa alimentos diferenciados para o paciente e demais membros, será mais difícil articular a dieta.

Exercícios físicos com acompanhamento médico são recomendáveis aos familiares e pacientes, também com propósito de prevenção.

Os estímulos relacionam-se à comida, caminhada no corredor, banho buscando autoconfiança do paciente.

É importante ressaltar que não compete à família exercer atividades dos profissionais, contudo, enquanto o paciente não tiver condições o que pode fazer é interceder junto ao trabalho da equipe.

“Motivar e participar do tratamento domiciliar (após alta), ajudar nas necessidades básicas do paciente melhorar a qualidade de auto-ajuda”.
(enfermeira 1 da unidade)

“Ajudar paciente no seu restabelecimento, dar apoio moral, estimular para alimentação e auto-cuidado. Quando necessário ajudar a equipe dentro do limite, ou seja, ajudar no banho, alimentação, deambulação”. (enfermeira 2 da unidade)

“Apoiar o paciente, auxiliando no que for necessário, tais como: supervisionar sono e repouso, funções fisiológicas, aparência física, manter informado quanto ao seu estado geral...” . (enfermeira 3 da unidade)

“O papel é o acompanhamento ao paciente no aspecto emocional e afetivo...”
(assistente social 1 do INCA)

“...o acompanhante deveria ajudar o paciente nas necessidades básicas como acompanhar nas caminhadas...” (assistente social 2 do INCA)

A atuação profissional apresentou divergência entre a equipe de saúde.

Segundo alguns profissionais da equipe de saúde, a atuação é dificultada com a presença de familiares devido às argumentações feitas sobre procedimentos. Os atendimentos são divididos entre o número de profissionais que aproveita o horário de visitas para intervenção junto da família, e, outros que preferem que o paciente aproveite esse espaço de tempo junto do familiar, atuando após horário não necessitando mudança em sua atuação.

"Em situação de emergência muitas visitas atrapalham na atuação da equipe. Aos pacientes com baixo nível sócio-econômico-cultural, aproveitamos o momento para orientação".(enfermeira 1 da unidade)

"Restringe algumas vezes as atividades e muitos não querem sair do quarto quando se tem alguma técnica específica, ficam questionando mesmo sem conhecimento teórico ou prático para isso". (enfermeira 2 da unidade)

"Minha atuação não muda, porém dependerá da família... Acredito que para alguns profissionais da área da saúde a família interfere no andamento do serviço fazendo muitas perguntas, querendo respostas e isso os deixa irritados". (enfermeira 3 da unidade)

"Atuo no período da manhã, em função deste fato nunca houve mudança em minha atuação e acredito que o momento de visita deve ser respeitado pelo profissional, pois é curto e o paciente necessita deste espaço para ver seus familiares". (assistente social 1 do INCA)

"Da parte do serviço social pouco altera, pois procuramos atuar junto a família / paciente". (assistente social 2 do INCA)

3.2- Relato das Entrevistas com Familiares

As entrevistas com familiares aconteceram em número inferior àquelas com os pacientes. Isso devido ter acontecido visitas em horários diferentes da norma hospitalar, por desencontro entre pesquisadora (entrevistadora) e entrevistados e, também, por não estarem recebendo visita durante o dia de semana de pessoas mais próximas e sim de vizinhos que não podiam acrescer a pesquisa, por desconhecer a realidade que a família vivenciava.

Foram realizadas nos períodos matutino e vespertino e o local de realização foram as salas de prescrição situada nas unidades.

Quando perguntamos como se sentem os membros da família, constatamos que ela passa a confiar nas pessoas que cercam o paciente e mostra-se mais empenhada, embora a preocupação, a ansiedade e dúvidas sejam uma constante.

Preocupam-se em manter certo equilíbrio e união entre a família, com o estar em um ambiente hospitalar, com pré e pós-operatório, com o risco de morte presente mais intensamente, com possíveis seqüelas, entre outros.

"Nos sentimos contentes porque esperávamos a internação há um ano e meio". (esposa 1 de paciente)

"Sentimos muita preocupação. Contudo a família é unida e está empenhada na recuperação do paciente". (esposa 2 de paciente)

"Sentimos preocupação por não saber o que pode acontecer na cirurgia. Os médicos garantem 90% de chance, mas existe risco. Entretanto, se não fizer pode falecer de uma hora para outra". (filho 1 de paciente)

As mudanças que ocorreram na família foram extremistas. Sentem falta do membro familiar por diversos motivos e em todos os momentos.

A família teve de se organizar e deve passar por um momento de crise, houve divisão de tarefas em relação ao tempo disponível.

"Nada mudou porque já aguardavam". (esposa 1 de paciente)

"Mudou tudo. Sentem falta do familiar e insegurança com a situação. A presença dele era importante. Estava sempre rindo e conversando". (esposa 2 de paciente)

"Para as pessoas que ficaram em casa há mais trabalho; aumentou o serviço doméstico e ainda trabalham fora. Sentem pena da paciente e cada dia vem uma pessoa da família fazer a visita". (filho 1 de paciente)

Recomenda-se que durante as visitas os familiares não comentem fatos indevidos para o paciente, pois o mesmo está num ambiente hospitalar, *logo impossibilitado de transformar a situação inusitada, que vem causando preocupação no momento*. Percebemos consciência da família durante as entrevistas, fator que é favorável para o tratamento do paciente.

"Conversamos tudo de bom que acontece conosco. O que é desconfortável resolvemos entre os membros que estão em casa". (esposa 1 de paciente)

"Somente coisas boas. Na situação em que ele está não dá para trazer notícia ruim". (esposa 2 de paciente)

"Procuro deixar que ela diga o que está sentindo. Ela tem muita fé e é mais forte do que os membros da família. Se ela faltar, a perda será grande". (filho 1 de paciente)

Os familiares conhecem os pacientes e podem traduzir, de acordo com relatos e postura corporal, como percebem que o paciente vem se sentindo. Embora relatem nervosismo, em determinados momentos, os pacientes apresentam melhora, provavelmente por aceitarem melhor a internação e os procedimentos de rotina no INCA.

"De vez em quando está nervoso, mas procuramos passar coisas boas". (esposa 1 de paciente)

"Quando internou estava muito ruim. Temos medo de voltar a ficar como estava, e o percebemos nervoso por este motivo, pois já esteve mais ativo". (esposa 2 de paciente)

"Está bem e tem feito amizade. Acho que está sendo férias para ela". (filho 1 de paciente)

Sobre o horário de visitas, muitos dos pacientes consideram satisfatórios. Relatam sentir-se bem, reconhecem as dificuldades e não querem sacrificar outros membros introduzindo-os também no ambiente hospitalar.

Outros acham o período muito curto e gostariam de ficar mais tempo com pacientes.

O horário vespertino agrada a muitos familiares por disponibilizarem tempo. Contudo relatam que o número de visitas, que atualmente é de duas pessoas, que permanecem nos quartos, é infringido, desfavorecendo ao paciente que os recebe e aos demais pacientes – pois, exigem esforço físico como a fala, e mesmo o barulho que desagrada a muitos.

"É favorável porque não tem outro jeito". (esposa 1 de paciente)

"É um bom horário. Às vezes passo do horário permitido, por impossibilidade, e sempre consigo entrar no hospital". (esposa 2 de paciente)

"É bom porque temos pouco tempo para ficar no INCA. Além disso, tem companhia no quarto e muita gente pode atrapalhar". (filho 1 de paciente)

Para acompanhar o paciente no INCA, o familiar que dispõe de tempo e de condições prontifica-se momentaneamente, contudo, não são todos os pacientes que tem familiares com disponibilidade e com condições para tal compromisso.

Não é um não querer, mas um não poder que acaba repercutindo no tratamento do paciente.

"Se pudesse acompanhar todos os dias viria". (esposa 1 de paciente)

"Se pudesse ficar, ficaríamos". (esposa 2 de paciente)

"Se disponibilizasse tempo sim, mas não é possível, pois temos outros compromissos". (filho 1 de paciente)

A competência do acompanhante, segundo familiares envolve auxílio e companhia.

A equipe de saúde deve participar os seus conhecimentos contribuindo no esclarecimento sobre a importância e atribuição da companhia familiar.

"Salientamos que após uma doença grave é comum que tanto os pacientes como familiares fiquem atentos a qualquer sinal de uma nova ameaça. Os parentes em geral tornam-se superprotetores com o paciente". (Romano, 1994, 48)

Acrescentamos, portanto, o cuidado para não tornar o paciente dependente.

"O acompanhante deve fazer o possível pelo paciente. Esse possível é estar junto com ele dando força". (esposa 1 de paciente)

"É bom ter um acompanhante porque às vezes o paciente não consegue puxar o cordão de emergência e nem consegue se levantar, também para que o paciente sintasse-se seguro o que geralmente acontece com a família por perto". (esposa 2 de paciente)

"A competência principal do acompanhante é não deixar o paciente sentir se sozinho. Quanto a auxiliar não sei se o acompanhante pode fazer muita coisa". (filho 1 de paciente)

Nos relatos, todos pensam ser importante acompanhar o paciente. Era com os familiares que o paciente convivia e será mais fácil aceitar a hospitalização com o acompanhamento de um membro. Como consequência no INCA, os pacientes ficam sozinhos e tendem a querer um familiar próximo.

Chamamos novamente atenção sobre a atuação do acompanhante que por vezes a desconhece, tratando o paciente com dependência.

"É necessário acompanhar o paciente para transmitir força a ele que acha ruim ficar sozinho. Às vezes o paciente liga para conversarmos". (esposa 1 de paciente)

"É necessário para que possamos fazer tudo o que pudermos por ele". (esposa 2 de paciente)

"Acredito que seja importante. Me colocando em seu lugar acho que será melhor com alguém da família". (filho 1 de paciente)

Sobre os pontos positivos apontam-nos com certa abrangência, não os definindo com clareza. Com relação aos pontos negativos permeiam os exageros e dependência do paciente com os familiares.

"De positivo tudo, e negativo nada". (esposas 1 e 2 de paciente)

"De bom penso que é para a paciente não se sentir sozinha, e, de ruim, dependendo da pessoa pode cansar o doente ou exagerar com cuidados". (filho 1 de paciente)

Familiares que cumprem as normas, até por reconhecerem sua necessidade, sentem-se prejudicados pelo descumprimento das mesmas.

Com relação ao auxílio de outros familiares, apenas a conversa entre visitantes é apresentada como favorecimento. Às vezes, de conveniente pode passar a ser incômoda e vice-versa.

“Não tenho encontrado com outros familiares”. (esposa 1 de paciente)

“O auxílio está relacionado com conversa”. (esposa 2 de paciente)

“Para mim os outros familiares não auxiliam. Até prejudicam, pois são muitas pessoas ao mesmo tempo no quarto e fazem muito barulho”. (filho 1 de paciente)

Ainda há distância dos familiares com relação aos profissionais. Nem todos os familiares procuram a equipe de saúde, deixando de conhecer o quadro clínico do paciente e de participar do processo de hospitalização de forma integrada.

Durante o período de observação, ouvimos depoimentos em que os pacientes e seus familiares pouco procuravam os profissionais, talvez por excesso de confiança ou mesmo por desconhecimento de seus direitos.

“Quando perceber que o paciente está aborrecido devo chamar algum profissional, porém nunca o fiz”. (esposa 1 de paciente)

“Sempre converso com a médica para tirar as dúvidas”. (esposa 2 de paciente)

Dificuldades, quando descritas, estão associadas principalmente ao sócio-econômico e ao desenvolvimento de atribuições.

"Condução para vir ao hospital é a principal dificuldade. Gasto muito para vir de ônibus". (esposa 1 de paciente)

"A principal é o tempo". (filho 1 de paciente)

3.3- Relato das Entrevistas com Pacientes Pré-operatórios de Troca Valvular

Todas as entrevistas que propusemos aos pacientes foram realizadas. Aconteceram sem a presença do familiar, procurando aproximar-se da realidade do entrevistado.

Foram muito receptivos, e o tempo de realização foi bastante variável. Alguns pacientes respondiam o essencial e outros acrescentavam histórias de vida para resposta de uma questão. Entretanto todas muito significaram para a realização do trabalho e análise sobre o que é passar um período de tempo num hospital e necessitar realizar uma cirurgia cardíaca.

Os pacientes recebem suas visitas, em grande maioria, todos os dias da semana. Quando não é a visita de um familiar são vizinhos e amigos.

A família deve tomar cuidado com a divisão para as visitas, para não acontecer de virem todos em um dia e no outro não vir ninguém. Também deve atentar-se para observar se o paciente não está cansado durante a conversa para não exigi-lo demais.

"Recebo visita todos os dias. Nesta semana vieram apenas três dias, mas é incomum". (paciente 1 da unidade)

"Durante a semana, todos os dias vem uma vizinha. Aos finais de semana vem uma irmã". (paciente 3 da unidade)

"Todos os dias". (pacientes 2, 5 e 7 da unidade)

"Recebo visita todos os dias á tarde e a noite". (paciente 4 da unidade)

"De duas a três vezes por semana". (paciente 6 da unidade)

Como dificuldades para que tenha acompanhantes todos os dias, o fator econômico e as dificuldades de organização interna da família foram os mais ressaltados.

"Não vêm todos os dias, pois os netos estudam, e minhas filhas cuidam deles e do marido, além do gasto com a passagem que não permite virem todos os dias". (paciente 1 da unidade)

"Somente o dinheiro para transporte e alimentação". (paciente 2 da unidade)

As dificuldades descritas pelos pacientes em relação as visitas dos familiares, chega a esfera do trabalho, haja vista o compromisso dos mesmos com o horário de trabalho.

"É horário de trabalho das pessoas que viriam". (paciente 3 da unidade)

"As pessoas que vêm estão empregadas e não podem vir constantemente. Entretanto, sabem que estou bem". (paciente 6 da unidade)

Alguns pacientes não encontram muitas dificuldades em receber visitas em virtude de os familiares morarem perto ou terem mais pessoas disponíveis para vir ao hospital.

"Não encontra dificuldades, pois moram perto". (paciente 4 da unidade)

"A família é grande e não temos dificuldades porque moramos perto". (paciente 5 da unidade)

Nos atendimentos ambulatoriais, os pacientes aguardam serem chamados por ordem de marcação ou conforme determinação médica (urgência).

Os pacientes tendem a aceitar a hospitalização devido à necessidade da cirurgia, limitações físicas, dores que apresentavam antes da internação e o medo de voltarem ao estágio anterior, os encoraja frente à situação.

"Quando internei estava com vontade de ir embora, mas tenho de fazer a cirurgia e vou aguardar". (paciente 3 da unidade)

"Sinto-me melhor. O tratamento de todos os profissionais é perfeito, porém tenho medo de voltar ao estágio inicial de quando internei". (paciente 4 da unidade)

Os riscos existem, mas a possibilidade de cura através da cirurgia é acatada como esperança.

"Em relação como estava antes me sinto melhor. Em qualquer necessidade aqui tem socorro. Há momentos que dá ansiedade, dúvida, mas, por outro lado estou tranquilo". (paciente 2 da unidade)

Existem muitas dúvidas e o pensamento sobre os riscos neste período é mais freqüente. Escutar o paciente possibilita reconhecer os seus medos, suas vontades e necessidades.

"Com a espera da cirurgia fico ansiosa. Embora já soubesse que precisaria internar, me sinto nervosa". (paciente 5 da unidade)

"Estou me sentindo nervoso, pois não era acostumado com o ambiente. Agora converso com os outros pacientes e há os que encorajam e os que assustam". (paciente 6 da unidade)

É recíproca a necessidade de respeito entre equipe, paciente e família para obter bom relacionamento.

"Agora estou bem. Estou gostando muito do hospital e do atendimento".
(paciente 1 da unidade)

"Estou me sentindo bem. Melhoro com o tratamento que me é dispensado e as pessoas são boas. Com as colegas de quarto me enquadrei bem". (paciente 7 da unidade)

Geralmente as famílias e pacientes anseiam pelo momento da internação e da cirurgia, porém, quando de fato chega o momento, há os que ficam tranquilos, sentem-se fortes e confiantes, e há os que ficam extremamente tensos.

"É necessária a presença da família para dar apoio ao paciente. No hospital precisamos de médicos e em casa da família". (paciente 4 da unidade)

"É muito importante. Enquanto estão aqui o tempo passa rápido e, quando saem, parece uma eternidade". (paciente 5 da unidade)

Dividem-se os depoimentos, por parte dos internados, sobre a necessidade da presença da família. Alguns pacientes entendem ser importante, alegrando-se com a presença e com as conversas. Outros não querem incomodar, achando que a família não precisa vir, já que neste momento só o médico pode ajudar.

"É muito importante ter a presença da família, pois nos anima, trocamos idéias e apresento o que preciso". (paciente 2 da unidade)

"Neste final de semana veio uma irmã, mas não precisava vir". (paciente 3 da unidade)

"Acho necessário e bom". (paciente 6 da unidade)

"Acho necessário porque nos sentimos bem com a família junto". (paciente 7 da unidade)

O horário de visitas é aguardado pelos pacientes entrevistados. Solicitamos cautela e compromisso aos familiares, sendo que estejam presentes quando confirmarem anteriormente.

"Quando se aproxima o horário de visita já fico esperando". (paciente 2 da unidade)

"Fico aguardando". (pacientes 3, 6 e 7 da unidade)

"Espero a hora da visita, mas não fico ansioso". (paciente 4 da unidade)

"Perto do horário de visita me levanto e vou na porta esperar". (paciente 5 da unidade)

Sabemos que o horário para visitação é aguardado e cada paciente reage de maneira diferente, variando conforme se sente neste dia e com a aceitação da internação propriamente dita. Alguns choram, outros aceitam com normalidade, mas todos anseiam a sua chegada. É o momento cuja interação se dá pela troca de informações, pelo contato físico e não apenas por um telefonema.

"Com a chegada dos familiares choro de emoção". (pacientes 1 e 6 da unidade)

"Me sinto alegre". (pacientes 2 e 5 da unidade)

"Fico normal". (paciente 4 da unidade)

"Com a chegada do familiar fico contente". (paciente 3 da unidade)

"Me sinto bem. Conversamos bastante para saber sobre os demais membros da família". (paciente 7 da unidade)

Alguns pacientes, com vínculos familiares estreitos precisam ter a presença da família e gostariam que pudessem ficar acompanhantes. Outros pacientes sentem-se bem e reconhecem as dificuldades dos familiares.

"Enquanto estiver no INCA e não for operada, não quero acompanhante porque não preciso. Os filhos têm o que fazer em casa". (paciente 1 da unidade)

Quando o paciente é de cidade longínqua, prefere que os familiares não venham ficar de acompanhantes em virtude das dificuldades sócio-econômicas.

"É difícil. Seria ótimo, mas encontramos dificuldade de estadia e alimentação". (paciente 2 da unidade)

"Não gostaria porque fica desconfortável para o acompanhante. Estou bem e não compensa o sacrifício". (paciente 4 da unidade)

Por outro lado, há o reconhecimento que o acompanhante ajuda para que o tempo passe mais rápido.

"Se pudesse gostaria. Ficamos conversando e isto distrai e as horas passam rápido. À noite quando ficamos sozinhas é triste". (paciente 5 da unidade)

"Queria, porque temos com quem conversar, mas eles trabalham e não tem condições". (paciente 7 da unidade)

Como pontos positivos citam carinho, presença, notícias de outros membros da família. Como pontos negativos retratam a diferença de tratamento no hospital e de casa.

"Como coisas boas, a família traz as coisas que preciso e são carinhosos. De ruim meus familiares não trazem nada". (paciente 1 da unidade)

"Eu me incomodo ao ser contrariado, mas aqui no hospital meus familiares não fazem isso. Eles dão força e procuram agradar o possível". (paciente 2 da unidade)

"Quando meus familiares chegam ficamos todos juntos e conversamos muito. Isto me deixa muito bem". (paciente 4 da unidade)

"De meus familiares só tenho visto coisas boas. Trazem notícias do restante da família e isto é muito importante". (pacientes 6 e 7 da unidade)

O papel do acompanhante é desconhecido pelos pacientes, necessitando de atenção por parte da equipe de saúde do INCA. Esse desconhecimento vai interferir nos pontos negativos citados pelos profissionais.

"O acompanhante vai cuidar da gente". (paciente 1 da unidade)

"Acredito que seja para me ajudar". (paciente 2 da unidade)

"O acompanhante não faz nada, só fica me olhando". (paciente 3 da unidade)

"O acompanhante está aqui para ajudar a levantar da cama e na locomoção. O paciente se sente mais seguro com alguém da família". (paciente 4 da unidade)

"O acompanhante é necessário para socorrer nossas necessidades". (paciente 7 da unidade)

Algumas limitações físicas que antecederam a cirurgia fizeram que pacientes não trabalhassem antes da internação por falta de condições e passassem os dias acompanhados da família.

"Não trabalhava fora. Com a crise nem saía de casa e não tinha alegria". (paciente 1 da unidade)

"Não trabalhava. Se andasse alguns metros as costas doíam. Passava os dias lendo, escrevendo e batendo máquina". (paciente 2 da unidade)

"Não trabalhava fora, apenas em casa. Quando saía era na casa dos filhos". (paciente 5 da unidade)

Contudo, o oposto é observado em relatos de pacientes que desconheciam o problema que tinham e, por isso mesmo, trabalharam até no dia da internação. Para esses a aceitação da internação se dá com mais dificuldade.

"Estava trabalhando, sou pedreiro. Passava os finais de semana em bailes, gosto de dançar". (paciente 3 da unidade)

"Tenho marcenaria e fazia móveis. Algumas vezes ia pescar". (paciente 4 da unidade)

"Trabalhava na prefeitura da cidade, no Departamento de Agricultura, porém, não fazia esforço. No tempo livre ficava em casa". (paciente 6 da unidade)

"Quando conseguia trabalhava em casa. Em alguns momentos não agüentava as tarefas". (paciente 7 da unidade)

Em relação ao horário de visitas os paciente não entram em consenso novamente.

"É muito satisfatório". (paciente 1 da unidade)

"É um horário estabelecido, se tivesse outro horário seria ótimo". (paciente 2 da unidade)

"É um bom horário, porque os visitantes não têm hora para sair". (paciente 3 da unidade)

"Podia ser maior. Sendo à tarde é melhor". (paciente 5 da unidade)

"Excelente". (paciente 6 da unidade)

"É curto, passa muito rápido". (paciente 7 da unidade)

Os pacientes consideram o atendimento da equipe de saúde de bom a excelente. Mesmo assim nos indagamos se o atendimento é realmente bom ou os pacientes têm medo de posteriores represálias.

Acreditamos que muitos pacientes ou familiares são conscientes e buscam atendimento de qualidade mesmo num hospital público como o INCA.

Também acreditamos que muitos pacientes, por temer por sua saúde, visto que os profissionais os medicam e alimentam, entre outras atribuições, não relatem possíveis inconvenientes.

Alguns, acostumados com atendimentos em outros hospitais públicos, embora identifiquem falhas, consideram o INCA um hospital com qualidade.

“É ótimo o atendimento do INCA. Geralmente as pessoas têm sido atenciosas e fico alheio de reclamar. Sinto que não devo fazer isso”. (paciente 2 da unidade)

“É um bom atendimento”. (paciente 3 da unidade)

“O atendimento é excelente. Não tenho nada a reclamar sobre nenhum profissional”. (paciente 6 da unidade)

“Considero o atendimento ótimo, não tenho queixa de nada”. (paciente 7 da unidade)

O INCA não dispõe de um local onde os pacientes possam pegar sol pela manhã, ou seja, área aberta e próxima ao meio ambiente.

“Caminho, mas gostaria de sair e pegar um sol”. (paciente 3 da unidade)

A religiosidade, durante período de internação é presente, segundo muitos relatos das entrevistas e da observação durante o estágio.

“Leio, anoto algumas coisas, e, em alguns momentos aproveito para exercer minha religiosidade”. (paciente 2 da unidade)

Verificamos no INCA que alguns pacientes acamados recebem visita de outros pacientes, visando integração e melhora ao mesmo.

"Deitado, rindo com outros pacientes, comendo frutas. A noite é ruim, pois fico cansado da cama". (paciente 4 da unidade)

"Não posso andar muito, mas quando tenho oportunidade caminho no corredor". (paciente 5 da unidade)

"Como, visito outros doentes, faço minha higiene, vou a missa e caminho". (paciente 7 da unidade)

No ambiente hospitalar, as preocupações dos pacientes são diferentes daquelas antes da internação. A dieta alimentar é rigorosa. Os medicamentos são controlados e consumidos no horário prescrito. O ritmo de movimentos físicos, devido à estrutura física do INCA, diminui, e com isso, geralmente os pacientes estão melhores do que no momento da internação.

Quando conseguem sentir-se bem no ambiente em que foram inseridos, terem um bom relacionamento com a equipe e com demais pacientes, acostumarem-se com o local, com os atendimentos e rotina hospitalar, tendem a aceitar com mais facilidade as novas orientações que lhes são passadas conseguindo passar o dia no hospital de maneira mais proveitosa.

"Procuro ao me levantar caminhar no corredor e conversar bastante." (paciente 1 da unidade)

"Passo o dia com saudade da família". (paciente 6 da unidade)

Os pacientes têm muita confiança nos médicos e acabam se esquecendo de seus direitos, deixando ao profissional a responsabilidade sobre a decisão do que farão em seus corpos.

"Quando tenho dúvidas pergunto para o médico". (pacientes 1, 4 e 7 da unidade)

"Não pergunto, mas não tenho dúvidas". (paciente 2 da unidade)

"Não pergunto". (pacientes 3 e 5 da unidade)

"Se tiver alguma dúvida pergunto". (paciente 6 da unidade)

Em se tratando de cirurgia, nenhum paciente entrevistado soube descrever o tipo de cirurgia que realizará e como será feita. Esse fator foi constatado durante o período de observação, uma minoria é capaz de descrever o tipo de válvula que colocará; muitos desconhecem o fator que levou a desencadear a doença coronariana. Isso os leva a pensar que sua cirurgia é a mesma de um outro paciente que a fez anteriormente e acreditar que será da mesma forma. Assim sendo, se um realiza boa cirurgia, a impressão será boa, mas, se algo ocorre de indesejado, pensam que o mesmo lhes acontecerá.

"Não sei como será feita, mas também nunca fiz!". (paciente 1 da unidade)

"Segundo tenho ouvido das pessoas, serei cortado no peito. Sei também que é válvula". (paciente 2 da unidade)

"Não sei". (pacientes 3 e 5 da unidade)

"Só sei que é troca de válvula e que vão me cortar". (paciente 4 da unidade)

"Só sei pelo que ouço os outros dizerem. Mas nunca fiz". (pacientes 6 e 7 da unidade)

3.4- Sugestão de Intervenção no Instituto de Cardiologia

Sabemos que o presente trabalho de conclusão de curso propiciou um melhor entendimento no que se refere a influência dos familiares no processo de recuperação do paciente.

Também temos consciência da necessidade de maior discussão sobre o tema que aos poucos se torna relevante nas diversas maneiras de transmissão de informação.

Um acompanhante no hospital tem extrema importância contudo os profissionais e os próprios acompanhantes não estão devidamente preparados para essa situação. Gostaríamos que este servisse de fonte de dados para novas pesquisas, visto a abrangência do assunto.

Podemos nos perguntar: Por que um paciente com acompanhante não tem recuperação desejada? Por que, a família superprotege o paciente? Com os índices de infecção hospitalar a família não toma os cuidados devidos, por quê? Como os pacientes entendem a doença? É correto afirmarmos que os pacientes mais informados sobre rotina, cirurgia e outros têm maior probabilidade de recuperação? Dentre outras tantas. Para cada uma das perguntas, de acordo com cada paciente, a história se modifica e por isso pensamos que a proposta tem fundamento.

O que temos certeza e ousamos propor permeia intervenção profissional com trabalho multidisciplinar, destacando a importância dos membros da equipe de saúde e da família como determinantes na recuperação de pacientes. Uni-se ao trabalho multidisciplinar o atendimento domiciliar que ainda não está funcionando no INCA, por falta de veículos para deslocamento dos profissionais. O atendimento domiciliar abrangeria a equipe de saúde e seu trabalho estaria voltado aos pacientes com boas condições de permanecerem em suas residências.

Os pacientes devem ser esclarecidos sobre os seus direitos, rotina hospitalar, quadro clínico, fazer distinção entre os profissionais e suas

atuações, ou seja, ser consciente sobre tudo o que o cerca e sobre o seu próprio corpo.

As famílias devem conhecer sua importância e atribuições para apoiar o paciente de forma a colaborar em sua recuperação.

A equipe de saúde deve discutir cada caso dos pacientes através de encontros com grupos.

Com essa base construiremos um ambiente com atendimento humanizado e favorável para um bom atendimento aos pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares aumentaram muito nos últimos anos, e o INCA, conseqüentemente, recebe cada vez mais pacientes com problema coronariano.

Como não possui sede própria, seu espaço é dividido com outro hospital, sendo o número de leitos insuficiente para a demanda apresentada e o número de cirurgias limitado em apenas três, no máximo, por dia, fazendo que os pacientes fiquem um período prolongado na instituição.

Os pacientes descritos no trabalho têm como meta nesse período, realização da cirurgia com sucesso e boa recuperação. Para tanto existem profissionais capacitados e familiares visando a mesma meta, procurando auxiliar o paciente para que alcance êxito.

O acompanhante é responsável por uma parcela de benefícios conseguidos pelo paciente. Quando há o apoio necessário ao paciente dando-lhe chance para a recuperação, é imprescindível sua presença no hospital. Após a cirurgia o paciente tende ao medo, e o familiar deve agir de forma contundente e segura motivando este, visando seu restabelecimento.

Porém, mesmo sendo de grande importância a presença do acompanhante no INCA, muitos profissionais apontam para fatores complicadores e discordantes. Quando nos propomos a orientar as famílias, apóia-las, entre outras atribuições, nos esquecemos de incluir o papel do acompanhante nestes esclarecimentos, e os culpamos por suas atitudes que por vezes afeta o quadro clínico do paciente. Falta uma interação entre equipe, família e paciente.

Os pacientes e familiares demonstram desconhecimento sobre os direitos do paciente, permitindo a equipe o atendimento que acha satisfatório. Acostumados com regras ditadas pela equipe que se encarrega de atender famílias e pacientes da forma que lhe convém e não como prestadores de direitos. Muitos dos pacientes e familiares esquecem que a qualidade do atendimento interfere na recuperação do paciente.

A equipe exerce sua função, mas não dispõe de um aparato que permita integração de suas intervenções.

Pretendemos que o presente estudo permita reflexão acerca da prática profissional, e que a equipe de saúde possa trabalhar com multidisciplinaridade.

A família que consegue superar suas crises internas e externas, tendem a participar de forma favorável no processo de recuperação. Geralmente, a família que não superou a crise, precisa de apoio da equipe e de seus membros para que possa enfrentar seus medos e ajudar o paciente.

Como já enfatizamos, não somente o paciente necessita de apoio, mas também a família, buscando possibilitar os membros a superar a crise.

Consideramos o trabalho da equipe de saúde muito bom se comparado ao de outros hospitais, entretanto, muitas atitudes profissionais precisam ser revisadas para não comprometer o desempenho dos pacientes em sua recuperação.

A equipe de saúde reconhece que o acompanhante influencia no tratamento do paciente e procura incluir os familiares no ambiente hospitalar.

A família preocupa-se com a intervenção cirúrgica, porém, mesmo abalada, procura apoiar o paciente através de visitas periódicas para contribuir na sua recuperação.

Os pacientes aguardam os familiares para saber sobre os demais entes que não vieram ao hospital. Sentem-se contentes com a vinda da família e quando estão sozinhos, aproveitam para conversar com outros pacientes, como distração para passar melhor o tempo no hospital.

O trabalho pretendeu contribuir com equipe, famílias e pacientes, buscando mostrar as influências dos acompanhantes frente ao processo de recuperação do paciente.

BIBLIOGRAFIA

BERTALANFFY, Ludvig Von. **Teoria Geral dos Sistemas**: o conceito de sistema nas ciências do homem. Tradução de Francisco M. Guimarães. Petrópolis: Vozes, 1973, p.247-272.

BERTOLAMI, Marcelo Chiara (ed.). **Cardiologia Preventiva**. Revista da Sociedade de Cardiologia de Estado de São Paulo, São Paulo, vol.6, nº5, set./out. 1996.

BONETTI, Dilséa A.; SILVA, Marlise Vinagre; SALES, Mione Apolinário, et al (org). **Serviço Social e Ética**: convite a uma nova práxis. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº1/92 a 22/99 e Emendas Constitucionais de revisão nº1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.

CAPRA, Fritjof. **A Teia da Vida**. Tradução de Newton Roberval Eichenberg. São Paulo: Cultrix, 1996. cap. 2-3, p.33-55.

_____. **O Ponto de Mutação**: a ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 199-.

CYSNE, Gianly de. **Saúde, Participação e Comunicação** – um estudo na unidade pediátrica do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis, 1997, 1106, 51p.

FERGUNSON, Marylin. **A Conspiração Aquariana**: transformações pessoais e sociais nos anos 80. Tradução de Carlos Evaristo M. Costa. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 198-.

GAUDERER, E. Christian. **Os Direitos do Paciente**: um manual de sobrevivência. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.

GAUTHIER, Jacques Henri M.; CABRAL, Ivone Evangelista; SANTOS, Iraci dos, et al. **Pesquisa em Enfermagem**: novas metodologias aplicadas. 199-

GUEDES, Gisele Fernandes. **Visão da Equipe Interdisciplinar do Hospital de Caridade sobre o Serviço Social**. Florianópolis, 1997, 1107.

GODOY, Arilda Schmidt. **Pesquisa qualitativa**: tipos fundamentais. Revista de administração de empresas, São Paulo, vol.35, nº3, p.20-29, mai./jun. 1995.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas. Fortaleza, s.ed., 1997.

_____. **Renovação 1e Conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA. **Regimento Interno**. São José, 199-.

MEZOMO, João C.. **Hospital Humanizado**. São Paulo: CESC (Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde), 1979.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MIOTO, Regina Célia T.. **Família**: curso de serviço social, março a julho de 1999. 15f. Notas de aula.

_____. **Família e Serviço Social** - contribuições para o debate. São Paulo, nº55, p.114-130, nov. 1997.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. Tradução de André L. de Souza Melgaço; Giuseppe Taranto, J. Israel Lemos, et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

RAIA, Arrigo Antônio; ZERBINI, Euryclides de Jesus (coord.). **Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Netto**. 4.ed. rev. e amp.. São Paulo: Sarvier, 1988.

ROLLAND, John S.. **Doença Crônica e o Ciclo de Vida Familiar**. In: As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 373 – 391.

ROMANO, Wilma Bellkiss (org.) . **A Prática da Psicologia nos Hospitais**. São Paulo: Pioneira, 1994.

SELL, Márcia Ferreira. **-A Relação Usuário/Equipe Multidisciplinar/Instituição – O caso do Instituto de Cardiologia**. 1995. Monografia (especialista).

SILVA, Greyce E.; DOMINGUES, Karen; CARDOSO, Roberta G., et al. **Grupo Educativo**. Florianópolis. Trabalho não publicado.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1988.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. **Serviço de Referência**. Como Fazer Referência Bibliográfica. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br>>. Acesso em: 16 nov. 2000.

VASCONCELOS, Ana Maria, **Intenção Ação no Trabalho Social**. São Paulo, Cortez, 1985.

VELOSO, Lais Helena Pinto. **Processo de trabalho do Serviço Social: do despreparo teórico técnico as transgressões do ofício**, São Paulo, n.6. nov. 1995. (Cadernos da Faculdade de Serviço Social).

WIZIACK, Júlio; WEINBERG, Mônica; TRAUMANN, Thomas. O Coração Bate mais Forte. **A Vitória do Coração**, São Paulo, n.40, 1618, 120-127. out.. 1999.

ZACHÉ, Juliana; CASTELLÓN, Lena; TARANTINO, Mônica. Admirável Coração Novo. **Mais Força para o Coração**, Rio de Janeiro, 1593,p.84-91, abril.2000.

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO I

Nome: KAREN DOMINGUES

Matrícula: 95216219

Fase de Estágio: I

Instituição Campo de Estágio: INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Supervisor de Campo: MOISES ANTONIO GERALDO

Professora Supervisora de Ensino: EDALÉA MARIA RIBEIRO DA SILVA

Total de Horas: 216

Semestre: 99/1

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

Nome: KAREN DOMINGUES

Matrícula: 95216219

Fase de Estágio: II

Instituição Campo de Estágio: INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Supervisor de Campo: MOISES ANTONIO GERALDO

Professora Supervisora de Ensino: KÁTIA MACEDO REBELLO

Total de Horas: 216

Semestre: 99/2

DADOS DA DISCIPLINA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO III

Nome: KAREN DOMINGUES

Matrícula: 95216219

Fase de Estágio: III

Instituição Campo de Estágio: INSTITUTO DE CARDIOLOGIA

Supervisor de Campo: MOISES ANTONIO GERALDO

Professora Supervisora de Ensino: KÁTIA MACEDO REBELLO

Total de Horas: 360

Semestre: 00/1

ANEXO I
QUESTIONÁRIO PARA EQUIPE DE SAÚDE
(Serviço Social e Enfermagem)

- 1- Há quanto tempo trabalha no Instituto de Cardiologia?
- 2- Acha necessária a visita periódica do familiar? Porque?
- 3- Como é realizado o trabalho da enfermagem ou serviço social junto aos familiares? (programas, local de atendimento)
- 4- Há critério(s) para liberar o acompanhamento permanente do familiar? Qual(is)?
- 5- Indique os pontos que considera positivo e negativo em relação ao acompanhante.
- 6- Qual o papel do acompanhante?
- 7- O que muda, enquanto atuação profissional, quando há um familiar de acompanhante ou em horário de visita nos quartos?
- 8- Com relação aos familiares como é a atuação profissional?

ANEXO II

Entrevista com Familiares dos Pacientes que Realizarão Cirurgia de Troca Valvular

Grau de Parentesco: _____ Idade: _____

Procedência: _____ Instrução: _____

- 1- Como sentem-se os membros da família?
- 2- O que mudou com a internação do paciente?
- 3- Como age durante as visitas? O que comentam?
- 4- Como percebe que o paciente vem se sentindo?
- 5- O horário de visita é satisfatório?
- 6- *Gostaria de acompanhar o paciente constantemente?*
- 7- Quando ficar de acompanhante o que acha que lhe compete?
- 8- Acha necessário acompanhar o paciente? (seja periodicamente ou através de visitas). Por que?
- 9- O que acha ser positivo e negativo com relação ao acompanhante?
- 10- Algum familiar de outro paciente tem lhe auxiliado de alguma forma?
- 11- Quando acha necessário procurar os profissionais? Já o fez?

- 1- Participou da reunião com famílias realizada pelo serviço social?
- 2- Quais as dificuldades que tem encontrado para poder estar mais participante no processo de internação?

ANEXO III

ENTREVISTA COM PACIENTE DE TROCA VALVULAR

Idade: _____ Procedência: _____
Profissão: _____ Instrução: _____
Data da Internação: _____
Estado Civil: _____

- 1- Quantas vezes por semana os familiares vem visitá-lo?
- 2- Quais as dificuldades para haver um acompanhamento constante?
- 3- Como se sente em relação à hospitalização? Desde a chegada até o momento.
- 4- Acha necessária a presença da família?
- 5- Aguarda a visita periódica?
- 6- Como se sente com a chegada do familiar nos horários de visita?
- 7- Gostaria de ter um acompanhante constantemente? Porque?
- 8- O que acha de positivo e negativo com a presença da família?
- 9- Como é composta a família?(esposa, filhos, netos...).
- 10- Porque tem alguém o acompanhando após a cirurgia? O que deverão fazer?
- 11- Estava trabalhando quando internou? Em que? Como era a sua vida cotidiana?
- 12- Como é o atendimento no hospital?
- 13-O horário de visita é satisfatório?
- 14-Como passa o dia no hospital?
- 15-Quando tem dúvidas pergunta?
- 16-Sabe o tipo de cirurgia que realizará e como será feita?
- 17-Recebe apoio de familiares de outros pacientes?